

**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Gestão em Enfermagem**

Dissertação

**A Cultura de Segurança do Doente na Clínica de  
Hemodiálise**

**Ana Luísa Mengo Corrêa Grilo**

**Lisboa  
2018**



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Gestão em Enfermagem**

Dissertação

**A Cultura de Segurança do Doente na Clínica de  
Hemodiálise**

**Ana Luísa Mengo Corrêa Grilo**

Orientadora: Professora Doutora Teresa Santos Potra

**Lisboa**  
**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



***“Uma pessoa que nunca cometeu erros nunca tentou nada novo”***  
Albert Einstein

***Ao Nuno Penha***

## AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pelo acompanhamento e pela possibilidade que me deu de realizar este mestrado e de adotar esta linha de investigação.

À minha orientadora, Professora Doutora Teresa Santos Potra por me ter guiado sabiamente neste processo, pela ajuda e exigência, e pelos preciosos comentários, esclarecimentos, opiniões e conselhos.

Ao Conselho de Administração, à Direção Clínica e à Direção de Enfermagem da Empresa onde pertence a Clínica de Hemodiálise, por me ter autorizado a realização deste estudo.

Ao Sr. Carlos Oliveira por ter tido a amabilidade de desenvolver o questionário em formato digital.

Aos colaboradores da Clínica de Hemodiálise que responderam ao questionário e partilharam as suas perceções.

Um agradecimento especial...

Ao Sr. João Mendes pela paciência inesgotável, pela ajuda indispensável na recolha e análise de dados e pela disponibilidade e boa disposição que o caracterizam e que muito aprecio;

Ao Dr. Nuno Penha por ter resgatado um “pedido esquecido em 2014”, criando a oportunidade que me possibilitou terminar este estudo, mas acima de tudo **agradeço-lhe por acreditar em mim**, por ter visto em mim coisas que eu me esqueci que existiam, por ser sem qualquer dúvida um líder impulsionador de comportamentos;

Ao António Balsinha por valorizar tudo quanto sou no mínimo que faço e porque sem saber ensinou-me a ser mais forte;

À minha família e em particular ao meu filho Martim, que me inspira todos os dias para ser melhor mãe, melhor pessoa e melhor profissional, mas acima de tudo por me fazer muito feliz!

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

CSD – Cultura de Segurança do Doente

EUA – Estados Unidos da América

HSOPSC – Hospital Survey on Patient Safety Culture

IOM – Institute of Medicine

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SD – Segurança do Doente

## RESUMO

A cultura de segurança é entendida hoje como o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho na gestão e segurança de uma organização. Avaliar a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente nas unidades onde trabalham é fundamental para implementar medidas que visem melhorar os resultados e alcançar a segurança e a qualidade nos cuidados prestados aos doentes. Assim, com a finalidade de produzir os primeiros indicadores da avaliação da cultura de segurança do doente numa Clínica de hemodiálise e, posteriormente, propor sugestões de melhoria, realizou-se um estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal, tendo-se recorrido ao *Hospital Survey On Patient Safety Culture*, com uma amostra não probabilística sequencial. Os objetivos propostos passam por conhecer qual a percepção dos **profissionais de saúde** sobre a **cultura de segurança** presente na Clínica de hemodiálise, comparar essa percepção entre as categorias profissionais e identificar quais as áreas onde se pode melhorar a **cultura de segurança** dessa mesma Clínica. A amostra (n=108) é constituída por Enfermeiros (49%), Auxiliares (24%), Médicos (18%), Administrativos (5%) e Técnicos (5%). Dos resultados obtidos evidencia-se que o “trabalho em equipa” (81%) é a dimensão mais forte da organização. Dimensões com avaliação positiva são “aprendizagem organizacional - melhoria contínua” (77%), “apoio à segurança do doente pela gestão” (75%) e “trabalho entre unidade” (75%). As dimensões com necessidade de melhoria são: “profissionais” (55%); “Frequência de notificação de erro” (58%); “Percepções gerais sobre a segurança do paciente” (72%); “Transições” (61%) e “expectativas e ações do supervisor / gestor que promovam a segurança do doente” (67%). A dimensão mais problemática/crítica encontrada no contexto é “resposta não punitiva ao erro” (37%). Tendo em conta que as dimensões fortes identificadas evidenciam a capacidade da organização e das equipas, é necessário utilizá-las para melhorar as áreas com necessidade de intervenção.

**Cultura de segurança; Segurança do doente; Clínica de Hemodiálise; Profissionais de Saúde; Erro/Evento adverso.**

## **ABSTRACT**

Safety culture is understood today as the product of individual and group values, attitudes, skills and behavioral patterns, which determine the commitment to the management and security of an organization. Evaluating the perception of professionals about the safety culture of the patient in the units where they work is fundamental to implement measures aimed at improving the results and achieving safety and quality in the care provided to patients. Thus, in order to produce the first indicators of the evaluation of the patient's safety culture in a Hemodialysis Clinics and subsequently to propose suggestions for improvement, a quantitative, observational, descriptive and cross-sectional study was carried out and the Hospital Survey On Patient Safety Culture, with a non-probabilistic sequential sample was used. The proposed objectives are to know the perception of health professionals about the safety culture present in the Hemodialysis Clinic, also to compare this perception among the professional categories and to identify the areas where the safety culture of this Clinic can be improved. The sample (n = 108) consists of Nurses (49%), Auxiliary (24%), Doctors (18%), Administrative (5%) and Technical (5%). From the results obtained it is evident that "teamwork" (81%) is the strongest dimension of the organization. Dimensions with positive evaluation are "organizational learning - continuous improvement" (77%), "patient safety support by management" (75%) and "work between units" (75%). Dimensions considered in need of improvement are: "professionals" (55%); "Frequency of notification of error" (58%); "General perceptions about patient safety" (72%); "Transitions" (61%) and "supervisor / manager expectations and actions that promote patient safety" (67%). The problematic / critical dimension found in the studied context is "non-punitive response to error" (37%).

Considering that the strong dimensions identified demonstrate the capacity of the organization and the teams, it is necessary to use them to improve the areas in need of intervention.

**Keywords: Safety culture; Patient safety; Haemodialysis Clinic; Health professionals; Error / Adverse Event.**



## INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	17
<b>Parte I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	20
<b>1. QUALIDADE EM SAÚDE</b>	21
<b>2. SEGURANÇA EM SAÚDE</b>	25
2.1 Cultura de Segurança do Doente	25
2.2 Segurança dos cuidados a doentes hemodialisados	32
<b>3. GESTÃO EM ENFERMAGEM</b>	37
3.1 Competências do enfermeiro com funções de gestão	39
<b>PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO</b>	43
<b>1. METODOLOGIA</b>	44
1.1 Problema e Questão de Investigação	44
1.2 Objetivos	45
1.3 Tipo de estudo	45
1.4 População-alvo	45
1.5 Método e Instrumento de Colheita de Dados	46
1.6 Procedimentos de colheita e tratamento de dados	50
1.7 Considerações Éticas	50
<b>2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	51
2.1 Caracterização da amostra	51
2.2 Dimensões do HSOPSC	53
2.3 Número de eventos e ocorrências notificadas	77
2.4 Avaliação global da SD do serviço	79
2.5 Comentários dos Participantes	81
<b>3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	82
<b>4. CONCLUSÕES</b>	91
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	946
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	
ANEXO II - DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE	

ANEXO III - PEDIDO DE DIVULGAÇÃO INTERNA DA APLICAÇÃO DO  
QUESTIONÁRIO

**APÊNDICES**

APÊNDICE I - QUADRO DAS DIMENSÕES DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE  
DADOS

APÊNDICE II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO  
E RESPETIVA AUTORIZAÇÃO

## **ANEXOS**

Anexo I - Instrumento de colheita de dados

Anexo II - Dimensões da cultura de segurança do doente avaliadas pelo instrumento de colheita de dados

Anexo III – Pedido de divulgação interna do questionário na Clínica de hemodiálise

## **APÊNCIDES**

Apêndice I – Quadros das Dimensões do Instrumento de Colheita de Dados

Apêndice II – Pedido de autorização para aplicação do questionário e respetiva autorização

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Dimensões da qualidade.....	24
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de adesão ao questionário.....	51
Gráfico 2 – Caracterização da amostra por Idade e Género.....	52
Gráfico 3 – Caracterização da Amostra por Categoria Profissional.....	52
Gráfico 4 - Caracterização da amostra por tempo de serviço na Clínica de Hemodiálise.....	53
Gráfico 5 – Distribuição pelas 12 Dimensões da Cultura de Segurança do Doente.....	54
Gráfico 6 – Dimensão 1 Trabalho de Equipa.....	55
Gráfico 7 - Dimensão 1 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	56
Gráfico 8 – Dimensão 2 Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD.....	57
Gráfico 9 - Dimensão 2 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	58
Gráfico 10 – Dimensão 3 Apoio à SD pela Gestão.....	59
Gráfico 11 - Dimensão 3 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	60
Gráfico 12 – Dimensão 4 Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua.....	61
Gráfico 13 - Dimensão 4 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	61
Gráfico 14 – Dimensão 5 Perceções gerais sobre a SD.....	62
Gráfico 15 - Dimensão 5 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	63
Gráfico 16 – Dimensão 6 Feedback e comunicação acerca do erro.....	64
Gráfico 17 - Dimensão 6 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	65
Gráfico 18 – Dimensão 7 Abertura na comunicação.....	66
Gráfico 19 - Dimensão 7 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	67
Gráfico 20 – Dimensão 8 Frequência da Notificação de Eventos.....	68

Gráfico 21 - Dimensão 8 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	69
Gráfico 22 – Dimensão 9 Trabalho entre unidades.....	70
Gráfico 23 - Dimensão 9 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	71
Gráfico 24 – Dimensão 10 Profissionais.....	72
Gráfico 25 - Dimensão 10 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	73
Gráfico 26 – Dimensão 11 Transições.....	74
Gráfico 27 - Dimensão 11 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	75
Gráfico 28 – Dimensão 12 Resposta não punitiva ao erro.....	76
Gráfico 29 - Dimensão 12 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional.....	77
Gráfico 30 – Número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses.....	78
Gráfico 31 - Número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses, por categoria profissional.....	78
Gráfico 32 – Perceção dos colaboradores por categoria profissional sobre o grau de segurança do doente.....	79
Gráfico 33 – Benchmarking da Distribuição pelas 12 Dimensões da Cultura de Segurança do Doente.....	80
Gráfico 34 – Percentagem de respostas positivas das 12 dimensões distribuídas por categoria profissional.....	90

## ÍNDICE DE TABELAS

**Tabela 1.** Dimensões HSOPSC.....47

**Tabela 2.** Recodificação da escala e interpretação dos resultados.....49



## INTRODUÇÃO

O alerta para a segurança do doente foi dado pelo Institute of Medicine (IOM) que publicou, em 1999, um relatório intitulado "To Err is Human: Building a Safer Health System" tendo sido este o documento que abriu caminho para a discussão sobre a necessidade de uma mudança nos comportamentos dos profissionais e organizações de saúde, com o intuito de alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes.

Este relatório veio chamar a atenção para a importância da segurança, não só a nível dos custos e gastos na saúde, mas também na relação que tem com o número de erros e consequências para os doentes, nomeadamente o aumento de mortes, que a sua falta acarreta.

Para Herndon (2007), citado por Jacobs et al. (2012), *"A strong business case for patient safety exists and is founded on the notion that safety promotes efficiency and cost containment"*. Tendo em conta a crise económica instaurada a nível mundial, é fácil perceber que as organizações têm que adotar medidas que reduzam os custos associados à saúde, o que torna a segurança dos doentes um investimento necessário nessa minimização dos custos.

Assim, a segurança do doente é uma questão mundialmente importante na área das organizações de saúde, não exclusivamente por quem se dedica aos aspetos da qualidade em saúde e da gestão das organizações de saúde, mas também na perspetiva dos doentes que valorizam cada vez mais o erro, as "falhas" e as questões que lhe estão subjacentes, bem como o seu impacto (Sousa, Serranheira, & Sousa-Uva, 2013).

A evidência científica e organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a União Europeia têm alertado para a importância de se avaliar e monitorizar a cultura de segurança dos doentes, presente nas várias organizações de saúde, de forma a identificar áreas de intervenção (Diniz, et al., 2011). Desta forma, têm surgido diferentes instrumentos que pretendem avaliar a cultura de segurança do doente, entre os quais o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), que foi traduzido e validado para a cultura portuguesa (Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses) e que se pretende agora aplicar num contexto diferente, o ambulatório, em específico na Clínica de hemodiálise.

A cultura de segurança de uma organização é, segundo a OMS, o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde. As organizações contêm, assim, ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização (Direção Geral da Saúde, 2014).

A Direção Geral da Saúde (DGS) revelou que, em 2015, existiam 11514 doentes em programa de hemodiálise (RNEHRNefrologia, 2017). Depreende-se assim que se trata de um contexto onde existe um grande número de doentes sendo as Clínicas organizações de grande complexidade que deveriam ser altamente infalíveis.

A escolha deste tema prende-se com a sua importância não só a nível mundial como também a nível nacional, tendo em vista o bem-estar dos doentes hemodialisados. Pretende-se assim, aplicar o questionário aos diferentes profissionais de saúde de uma Clínica de hemodiálise, identificando a sua percepção relativa à cultura de segurança do doente, bem como as áreas/dimensões mais problemáticas.

Segundo a OMS e a União Europeia, para se desenvolver a cultura de segurança é necessário que em primeira análise se avalie a cultura existente atualmente nas organizações (DGS, 2015).

Assim, a pertinência deste trabalho está relacionada com a possibilidade de ser um ponto de partida para reformular estratégias de organização na Clínica de hemodiálise a nível interno, pois irá permitir uma maior consciencialização dos riscos inerentes à prática de cuidados, numa área específica, de grande complexidade e altamente especializada, através da análise da cultura de segurança presente, o que é fundamental para a implementação e êxito de qualquer mudança.

A segurança do doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a qual integra o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que no seu Objetivo Estratégico 1 pretende “Aumentar a Cultura de Segurança do Ambiente Interno”, indicando que as instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários devem avaliar a cultura de segurança do doente (DGS, 2015).

Em Portugal existem poucos dados sobre a segurança do doente no contexto das Clínicas de hemodiálise, onde este estudo é pioneiro, o que acaba por enfatizar a necessidade de se realizarem estudos que contribuam para melhorar as práticas nesta área da saúde, havendo ainda um longo caminho a percorrer para se conseguirem serviços seguros, com a melhor qualidade possível.

Neste contexto, a condição essencial para melhorar a segurança do doente é a vontade de melhorar as estruturas e processos, especialmente por parte dos gestores/líderes e dos profissionais de saúde que cuidam do doente. Subentende-se, assim, que a ideia de segurança do doente não é mais do que a segurança de todos.

O presente trabalho pretende responder à questão de investigação: Qual a perceção que os profissionais têm sobre a cultura de segurança dos doentes numa Clínica de hemodiálise? Cujas finalidades é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Os resultados expectáveis vão dar resposta aos objetivos específicos:

- Conhecer qual a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança presente numa Clínica de hemodiálise;
- Identificar quais as áreas onde se pode melhorar a cultura de segurança dessa mesma Clínica;
- Conhecer as perceções relativas à cultura de segurança, entre os diferentes grupos profissionais.

Este trabalho encontra-se, então, estruturado em duas partes: o “Enquadramento Teórico” (parte I) e o “Trabalho Empírico” (parte II). O “Enquadramento Teórico” divide-se em “Qualidade em Saúde”, “Segurança em Saúde” e “Gestão em Enfermagem”. Já o “Trabalho Empírico” é constituído por “Metodologia”, “Apresentação dos resultados” e “Análise e discussão dos resultados”. Por último são feitas as “Conclusões” do trabalho.

Este relatório foi elaborado segundo as Normas APA aprovadas e atualizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em Janeiro de 2017.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. QUALIDADE EM SAÚDE

O conceito de qualidade não é entendido por todos da mesma maneira e a sua evolução tem levado a que diversos autores proponham diferentes definições, com diferentes perspectivas e abordagens, o que significa que este não é estático. A multiplicidade de interpretações é o resultado de uma sociedade em constante evolução que procura adaptar o conceito da qualidade, com origem na indústria, às especificidades de outros sectores, como o da saúde (Pisco & Biscaia, 2001).

As mudanças sociais e tecnológicas que caracterizam a nossa época, bem como a crescente complexidade das estruturas organizacionais conduziram ao imperativo da qualidade. Esse imperativo levou à tentativa de racionalizar a relação custo/qualidade de serviços, procurando melhorar a sua eficácia e eficiência.

Para Deming, a qualidade de um produto ou serviço apenas pode ser definida pelo doente, pelo que esta deve “traduzir as futuras necessidades do doente em características mensuráveis, de modo que o produto possa ser projetado para garantir a sua satisfação, ao preço que o mesmo está disposto a pagar” (Deming, 1986). Assim a qualidade vai alterando o seu significado conforme a evolução das necessidades e expectativas do doente.

Este autor concentrou-se no processo de melhoria contínua da qualidade dos processos produtivos, adotando e divulgando um método de abordagem sistemática para a resolução ágil de problemas pela gestão, conhecido como ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action), ou ciclo de Deming. A primeira fase do ciclo consiste no planeamento e análise das atividades ou processos que se pretende melhorar, seguido da implementação na prática dessas melhorias; segue-se a monitorização e, por fim, a ação corretiva ou de melhoria consoante os resultados observados durante todo o processo (Deming, 1986). Este método, que ainda hoje é a base de alguns programas de avaliação e melhoria contínua da qualidade aplicados a diversos sectores de atividade, estabelece que todos os processos devem ser continuamente analisados e planeados, ao mesmo tempo devem ter as suas modificações e melhorias implementadas e controladas e os resultados avaliados de forma cíclica e constante.

Tais aspetos são extensivos ao campo da saúde, passando a qualidade a ser uma exigência de todos os intervenientes: cidadãos, prestadores de cuidados,

gestores e financiadores. Daí que o conceito de qualidade se revele como difícil de definir, pela sua subjetividade e constante evolução.

O IOM (1990) refere que a qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e população, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados, de acordo com o conhecimento profissional corrente.

Em 1992, a Joint Comission afirma que a qualidade é o modo como os Serviços de Saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados.

Esta afirmação vem complementar as ideias anteriores, na medida em que defende a necessidade de melhorar a eficiência e a eficácia dos cuidados, evitando os resultados negativos.

Assim, anos mais tarde, em 2004, MoniQuor, vem defender a ideia de que a qualidade é a situação em que os cuidados prestados devem atingir o balanço mais favorável entre riscos e benefícios, conferindo aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas.

Ao longo dos anos tem-se vindo a definir o conceito de qualidade em saúde que, para Donabedian (1980), citado por Ferreira (1991, p.98) é o "tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes".

Este médico libanês, considerado por muitos como o pai da Qualidade no sector da Saúde, realizou estudos que tiveram um profundo impacto sobre os sistemas de gestão nas áreas da medicina e alguns de seus princípios ainda são considerados atuais e de grande importância para a excelência hospitalar.

Uma das maiores contribuições de Donabedian está presente no livro "*Explorations in quality assessment and monitoring*" (Em tradução livre, "Pesquisas em avaliação e monitorização da qualidade") em que o autor descreve o que chamou de "7 pilares da qualidade" na área da Saúde:

1. Eficácia – corresponde aos recursos capazes de produzir efeitos positivos no doente, ou seja seria o conjunto das condições ideais para

o tratamento de um indivíduo: as melhores estruturas físicas, os melhores equipamentos, melhores reações do doente e os melhores serviços.

2. Efetividade - corresponde à melhoria real obtida no tratamento do doente utilizando os recursos disponíveis;
3. Eficiência - proporcionar o melhor tratamento ao doente utilizando a menor quantidade de recursos possível;
4. Otimização – relação entre os cuidados com o doente e os custos do tratamento, tentando criar a melhor relação custo-benefício, ou seja, a melhor relação entre o valor gasto e o resultado atingido;
5. Aceitabilidade - adaptação do doente ao tratamento;
6. Legitimidade - visão que a sociedade tem a respeito da organização;
7. Equidade - imparcialidade no atendimento hospitalar.

Nos anos 80, o surgimento destes “7 Pilares da Qualidade” provocou grandes mudanças na área da saúde, elevando a preocupação com a melhoria do doente e com a visibilidade das instituições perante a sociedade, além de terem encorajado muitos profissionais a refletir sobre as práticas do sector e melhorar a sua prática. Quarenta anos depois, os sete pilares da qualidade de Donabedian ainda são uma referência na qualidade hospitalar.

Na tentativa de compilar todas estas definições de qualidade em saúde e a sua evolução nas últimas três décadas, Fragata (2011) resume a qualidade em saúde como os cuidados prestados com um nível de acordo com o estado de arte, no momento preciso e no doente certo e onde existe satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente do doente, bem como o acesso igual para todos. A subjetividade associada ao conceito de qualidade levou a um esforço de identificação das características que lhe são inerentes.

Estas dimensões estão agrupadas no quadro seguinte (Figura 1), por ano e autor sendo possível constatar que os diferentes autores vão associando ao longo dos anos as diferentes dimensões que caracterizam hoje em dia a definição de qualidade em saúde., o que confirma a complexidade do conceito e a dificuldade que assume a sua concretização total.

**Figura 1 – Dimensões da qualidade**

	Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	Department of Health, UK (1997)	Council of Europe (1998)	IoM (2001)	JCAHO (2006)
Efectividade	X	X	X	X	X	X
Eficiência	X	X	X	X	X	X
Acesso	X	X	X	X		X
Segurança	X			X	X	X
Equidade	X	X	X		X	
Adequabilidade	X	X		X		X
Gestão do tempo			X		X	X
Aceitabilidade		X		X		
Responsabilidade						
Satisfação			X	X		
Ganhos em Saúde	X		X			

Fonte: World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

**Fonte: Fragata, 2011**

Assim, nunca tanto como nos nossos dias, em todo o mundo, se considera imperativo o controlo da qualidade dos serviços ou produtos que se fornecem, já que a qualidade passou a ser a virtude universalmente vigiada e todos somos, perante todos, responsáveis pela qualidade do que fazemos e produzimos.

Em suma, a qualidade é talvez mais valorizada na saúde do que noutras áreas, por se tratar de um valor sentido e reconhecido por todos, apesar de ser definido de formas diferentes, dependendo da perceção dos indivíduos em relação aos mesmos produtos ou serviços e das suas necessidades, experiências e expectativas em determinado momento.

Uma das dimensões que tem vindo a fazer parte das definições de qualidade desde 1988 é a segurança, que é abordada em destaque no capítulo seguinte.



## **2. SEGURANÇA EM SAÚDE**

A segurança, como referido anteriormente, é uma das dimensões da Qualidade em Saúde, que pode ser definida como a redução do risco de ocorrência de eventos adversos, que podem resultar da prestação de cuidados de saúde, para um nível aceitável. Por outro lado, evento adverso é uma ocorrência indesejável em consequência do tratamento e não da doença subjacente, que resulta em dano, que poderia ou não ter sido evitado (DGS, 2011).

Em 1999, o IOM publicou um relatório intitulado "To Err is Human: Building a Safer Health System", que documentava que 44 a 98 mil mortes por ano, nos hospitais americanos, eram causadas por erros médicos evitáveis (Wyman, 2013). Este relatório veio abrir caminho para a discussão sobre a necessidade de uma mudança nos sistemas de saúde, a fim de promover a segurança dos doentes.

A exigência na segurança do doente tem dado origem a uma profunda transformação na forma como a qualidade passou a ser encarada nos serviços de saúde e nos hospitais. No essencial, a qualidade da prestação de cuidados de saúde necessita ser, nessa perspetiva, segura, efetiva, centrada no doente, atempada, eficiente e universal. A segurança do doente é o suporte, a base sobre a qual todos os aspetos da qualidade em saúde e da qualidade da prestação de cuidados de saúde devem ser dirigidos (Institute of Medicine, 2001, citado por Serranheira, et al. 2007).

### **2.1 Cultura de Segurança do Doente**

Tendo em conta que a segurança dos cuidados prestados aos doentes é a razão que caracteriza a cultura de segurança (CS) do doente, o presente subcapítulo procura clarificar este conceito.

Diversos autores definem que a CS está centrada no doente e é descrita na literatura como "the sole reason for the hospital's existence" (Connor et al., 2002; Hansen et al., 2003; McCarthy & Blumenthal, 2006, citados por Sammer, et al., 2010).

As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação baseada na confiança mútua, pela percepção partilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas (British Health and Safety Commission, 1993). Esta definição reflete que a cultura de segurança é o produto das crenças e valores dos membros de uma organização (Feng, X., et al., 2008).

Assim, a implementação de uma cultura de segurança do doente visa minimizar eventos adversos e eliminar erros evitáveis nas organizações de saúde (Ito, et al., 2011), o que se projeta como uma meta a atingir, em todas as organizações de saúde.

Tendo em conta que a cultura de segurança do doente é um componente crítico da qualidade da assistência à saúde, as organizações de saúde esforçam-se continuamente para a melhorar e tem havido um crescente reconhecimento da importância da criação de uma cultura de segurança dentro das organizações (Aboul-Fotouh, et al., 2012).

Contudo, os erros acontecem um pouco por toda a esfera da saúde, seja no diagnóstico, ou no atraso do diagnóstico; seja durante o tratamento, em cirurgias ou em procedimentos; seja por erros na medicação (medicação errada, doente errado, dose errada, via errada, hora errada) ou até no atraso do tratamento. Os erros acontecem por intermédio de três vertentes: sistema, logística e comunicação (Wyman, 2013).

As falhas na comunicação entre os profissionais de saúde constituem um dos maiores problemas que afetam a qualidade dos cuidados e a cultura de segurança dos doentes (Blouin, 2011). Neste sentido, a Joint Commission (2011) considera que há necessidade dos hospitais modificarem as suas políticas e práticas, considerando que a efetividade das mesmas é uma meta a atingir no âmbito da cultura de segurança dos doentes.

Por forma a combater a falta de notificação de erros ou eventos adversos, tem vindo a ser promovido, um pouco por todo o mundo, um ambiente não-punitivo de construção de relatórios de erro. Contudo para Miranda & Esquire (2013), a não-punição impregnada numa cultura de segurança de doentes, pode ser confundida com um ambiente onde ninguém tem culpa e todos são inocentes e posteriormente

a responsabilização é ignorada, as práticas de cuidados são inseguras e passam sem serem analisadas, apenas com o intuito de promover o reporte de erros.

Porém, desde sempre, que o conceito de erro está conotado de forma negativa e associado a falhas individuais (Armitage, 2009), o que contribui para que os profissionais de saúde associados a um erro sejam censurados, descredibilizados e apontados como únicos culpados pelos incidentes, por parte da população em geral (Madeira, 2012).

Assim, o aparecimento dos sistemas de notificação de erros tem vindo a ser cada vez mais usado para recolher informação sobre eventos críticos, servindo de base para a sua análise, no que respeita às suas causas, estratégias de prevenção e disseminação desses eventos, junto dos grupos profissionais e organizações de saúde, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, através da implementação das melhores estratégias identificadas (Hoffmann, 2010).

Lucien Leape, um dos autores do relatório *To Err is Human*, e considerado por muitos como o “pai” do movimento “Segurança do doente”, enfatizou que *“the systems approach is not a substitute for either responsibility or professional judgment, it is an adjunct. It seeks not to substitute for clinical judgment or decision, but to enhance it”* (Leape, 2001, p.145-148). Assim, para este médico, o importante é assegurar que impera uma cultura de segurança justa onde aqueles que violam as normas e se comportam irresponsavelmente são tratados de forma adequada.

Os estudos sobre a segurança na saúde, tanto a nível internacional como nacional, vêm lembrar a necessidade de implementar estratégias de saúde pública que visem a consolidação de uma cultura de segurança justa em todos os contextos da saúde. Uma cultura de segurança justa é valorizada pela Agency for Quality Healthcare and Research (2012), por se focar na identificação e abordagem de problemas no sistema que levam os indivíduos a envolver-se em comportamentos de risco, mantendo a responsabilidade individual pelo estabelecimento de “tolerância zero” para o comportamento imprudente (Agency for Healthcare Research and Quality, 2012).

Já Rogers (2009) chamava a atenção para a implementação de uma cultura de segurança que permitisse a obtenção imediata de resultados, na diminuição de eventos adversos e custos associados a estes, obtendo ainda benefícios como o

aumento da produtividade do serviço e a satisfação dos profissionais de saúde (Mohammadreza, et al., 2010, citados por Madeira, 2012).

Segundo os autores da revisão da literatura “What is Patient Safety Culture?”, uma Cultura de Segurança pode ser definida em sete dimensões:

- Liderança – Os líderes alinham o ambiente organizacional consoante a visão ou missão da organização, a competência do *staff* e os recursos humanos e financeiros disponíveis, desde a secretária até ao trabalho de campo.
- Trabalho de equipa – Um espírito de grupo, colaboração, e cooperação existente entre gestores e colaboradores. Estes relacionamentos são abertos, seguros, respeitosos e flexíveis.
- Prática baseada na evidência científica – Os profissionais de saúde devem basear a sua prática em evidência científica, reduzindo o quanto possível a variabilidade dos resultados, de modo a atingir a melhor fiabilidade possível.
- Comunicação - Qualquer membro da equipa multidisciplinar deve ter o direito e responsabilidade de exprimir a sua opinião em nome do bem-estar do doente, independentemente da sua função.
- Aprendizagem - O hospital aprende com os seus erros e procura novas oportunidades para melhorar a sua performance. Deve ser valorizada por todos os membros, incluindo médicos.
- Ambiente justo - Uma cultura reconhece os erros como dados organizacionais, em oposição a falhas individuais. Em simultâneo não reduz à responsabilidade individual tais atos.
- Prática clínica centrada no doente - Os cuidados de saúde são centrados em torno do doente e da sua família. O doente tem um papel ativo no seu tratamento (Sammer, et al., 2010).

Assim a cultura de segurança depende de muitos aspetos que em conjunto melhoram a prestação de cuidados e previnem a ocorrência de erros. Esta perceção é entendida por Miranda & Esquire (2013) pelo simples facto de reportar um evento, que não irá prevenir esse mesmo evento de voltar a acontecer, nem irá tornar os cuidados de saúde mais seguros. É necessário aprender com os erros e corrigir as deficiências do sistema e alterar os comportamentos. Neste domínio o trabalho dos líderes em enfermagem é um elemento fundamental para esta mudança de atitudes.

Sumariamente, o médico Lucien Leape, citado por Clark (2013, p.9), afirmou que: "We need to quit blaming and punishing people when they make mistakes and recognize that errors are symptoms of a system that's not working right, go figure that out and change the system so no one will make this error again, hopefully. We have to change the culture, so everyone feels safety is his or her responsibility, and identifies hazards before someone gets hurt".

Ainda assim, a ocorrência de eventos adversos raramente são um resultado de más práticas por parte dos profissionais de saúde, nem pela vontade de fazer mal o seu trabalho. Pelo contrário, eles resultam com grande frequência de fatores que não são controláveis, entre eles:

- Sistemas informáticos que não acompanham a complexa evolução do ambiente hospitalar;
- A falta de standardização de procedimentos na prática de cuidados;
- Limitações na informação tecnológica, e;
- Expectativas incoerentes, de que os profissionais altamente capacitados, treinados, dedicados e capazes, são capazes de atuar na perfeição nas 24 horas do dia, sete dias por semana (Bohne & Peruzzi, 2010).

De entre as várias ações desenvolvidas pelos diferentes governos, na promoção da cultura de segurança do doente, destacam-se como denominador comum: (1) a criação de “agências especializadas” para estudar e propor medidas no sentido de inverter a situação identificada; (2) a implementação de um sistema nacional, de carácter voluntário de notificação de eventos adversos; (3) a promoção de uma cultura de aprendizagem, em detrimento de uma cultura de culpabilização; (4) o enfoque na análise das raízes do problema; (5) o reforço da liderança e o envolvimento de todos os atores que intervêm no processo de prestação de cuidados de saúde (Serranheira, et al., 2007).

Negar uma cultura de segurança positiva, significa que se arrisca perpetuar a não exposição de falhas persistentes no nosso sistema de prestação de cuidados de saúde. A atitude de secretismos e proteção, invocada no passado, é hoje em dia contraproducente. Os erros devem ser abordados de forma educativa e no sentido de melhorar os cuidados prestados, só assim será possível que todos se sintam seguros dentro do sistema de saúde (Bohne & Peruzzi, 2010).

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, tem sido palco das relações entre fatores pessoais, profissionais, organizativos, clínicos e tecnológicos potencialmente perigosos, ainda que eficazes, que fazem da cultura de segurança do doente, um imperativo global (Donaldson & Philip, 2004).

A National Patient Safety Agency (Inglaterra) estabeleceu sete passos essenciais, para melhorar a cultura de segurança dos doentes, baseando o primeiro no: “Estabelecimento de um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa” (Fernandes & Queirós, 2011).

Para que se consigam implementar estratégias de segurança é essencial envolver toda a equipa multidisciplinar, uma vez que o sucesso da mudança depende, essencialmente, das pessoas envolvidas, neste caso, os profissionais de primeira linha, ou seja, aqueles que prestam cuidados diretos aos doentes. (Madeira, 2012)

Para implementar uma cultura de segurança é necessário consolidar, elucidar e direcionar todas as características intrínsecas a uma cultura organizacional para a segurança dos doentes, através das atitudes dos profissionais de primeira linha, bem como, das condições de segurança do próprio serviço, o que depende, em grande parte, da liderança (Vogus, et al., 2010, citado por Madeira, 2012).

Em Portugal, tem sido cada vez mais notória, a preocupação com a cultura de segurança do doente, que em parte se relaciona essencialmente com o processo de acreditação hospitalar e com as pressões para aumentar a responsabilidade das organizações neste âmbito (Sousa et al., 2009, citado por Madeira, A. 2012). Contudo a reduzida produção científica sobre este domínio, sugere a necessidade de mais contributos, por forma a promover melhorias fundamentadas na segurança dos doentes e nas organizações de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados Membros a avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes. A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 e considera-se

fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais (DGS, 2015)

Desta forma o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 vem apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, tendo em conta que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade da equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades. Assim o ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. Pelo que a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve assentar nestes princípios fundamentais. Por um lado, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas. Por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes. (Diário da República, 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Diário da República, 2015).

Tendo em conta o contexto em estudo, é importante abordar o tema da segurança do doente em programa de hemodiálise. O capítulo seguinte vem abordar

o tema proposto anteriormente com a evidência científica encontrada sobre doentes com necessidade de hemodiálise e as respectivas organizações.

## **2.2 Segurança dos cuidados a doentes hemodialisados**

Com o intuito de conhecer a realidade do contexto em estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistematizada e exaustiva nas bases de dados EBSCO, CINAHL, Pre-CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Controlled Trials Register, MEDLINE, Nursing and Allied Health Collection: expanded, B-ON, PubMed e SciElo; estudos esses realizados entre 2006 e 2017, inclusive; com as palavras-chave “segurança do doente”, “Clínica de hemodiálise”, “profissionais de saúde” e “erro/evento adverso”. Desta pesquisa foram excluídos artigos que não fossem científicos e completos e fora do contexto da saúde e das ciências da educação. Após a pesquisa bibliográfica foram analisados 27 artigos que constituem a base da análise do presente subcapítulo.

As Clínicas de diálise são organizações complexas, que envolvem equipas multidisciplinares e usam tecnologia avançada para cuidar de doentes com doenças múltiplas e graves. À medida que as organizações se tornam mais complexas, a possibilidade de ocorrerem erros e riscos potenciais, devem ser identificados e priorizados (Garrick, et al., 2012).

A segurança do doente é a base de cuidados de saúde de alta qualidade. Várias linhas de investigação, incluindo questionários aos doentes e profissionais de diálise, têm ajudado a identificar importantes áreas de risco de segurança nas Clínicas de hemodiálise. Dos resultados identificados destacam-se as falhas na comunicação, erros de medicação, quedas de doentes, erros na preparação de máquinas e membranas, falta de políticas estabelecidas e falhas no controle de infeção. O processo de avaliação da qualidade e melhoria do desempenho deve incluir uma equipa de profissionais dedicados para se concentrar em áreas de risco especificamente identificadas e estabelecer metas de resultados guiadas pelas melhores práticas e medidas de sucesso estabelecidas (Garrick, et al., 2012).



A hemodiálise é um tratamento que se torna tendencialmente rotineiro, contudo as complicações acontecem e variam do mais comum, que são as cefaleias e as caibras, para as menos comuns, porém mais graves, que são a perda de sangue relacionada com a saída acidental de agulhas (Axley, et al., 2012). A consequência da saída acidental de agulhas durante o tratamento de hemodiálise pode variar de uma perda ligeira de sangue a uma hemorragia massiva e fatal (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2010).

Os erros em saúde que acabam por prejudicar os doentes são passíveis de ocorrer tanto nas Clínicas de diálise, como nos hospitais. Kliger estabeleceu, em 2006, um plano para reconhecer e prevenir erros, que inclui vários elementos, são eles:

1. Estabelecer uma cultura de segurança, onde as práticas seguras são uma prioridade e relatórios de eventos adversos e "*near misses*" são encorajados a ser feitos num ambiente não punitivo;
2. Redesenhar processos de cuidados para minimizar quedas de doentes, erros de medicação, hemorragia dos acessos vasculares, entre outros;
3. Realizar uma análise de raiz sobre a causa de eventos adversos e "*near misses*";
4. Envolver os doentes nos cuidados prestados, incluindo a criação de uma lista de medicamentos precisa e atualizada;
5. As instalações das Clínicas de diálise devem funcionar como organizações de alta confiabilidade, com capacidade de reconhecer a ocorrência de falhas e erros, bem como as estratégias para prevenir esses mesmo erros no futuro e melhorar os cuidados prestados.

Erros no tratamento de diálise podem causar danos e até a morte dos doentes. Os gestores das Clínicas de diálise são responsáveis por promover uma cultura de segurança e criar e apoiar políticas e práticas que reduzam erros e melhorem a segurança do doente. Nos últimos 15 anos, aprendemos onde estão os principais riscos e tem-se feito algum progresso na redução desses erros (Kliger, 2015). As máquinas de diálise raramente são a principal causa de mortalidade. A doença subjacente e os fatores do doente, como idade, hipercaliemia, diabetes e

instabilidade vascular, podem aumentar o risco de desfechos adversos e não intencionais.

Os doentes em diálise geralmente estão muito medicados e os erros de medicação são comuns, incluindo doses perdidas, incompatibilidades da medicação e erros na transferência de cuidados de um ambiente clínico para outro (por exemplo, da unidade de diálise para o hospital e de volta para a Clínica).

As quedas do doente são comuns e podem causar fraturas e outras morbilidades. Uma avaliação de risco mais cuidada, protocolos de assistência ao doente e melhorias ambientais podem melhorar a segurança dos cuidados prestados (Kliger, 2015).

As infeções são uma causa comum de morbilidade e mortalidade, nestes doentes. As técnicas para melhorar a higiene das mãos, reduzir o uso do cateter venoso central e melhorar a adesão à técnica assética quando esses dispositivos são manipulados reduzem a incidência de infeções. Por outro lado, as infiltrações dos acessos vasculares e a coagulação do circuito extracorporal são comuns, mas raramente são fatais.

Os protocolos de cuidados para detetar e tratar a hipercaliemia, aumentar o uso adequado de medicamentos, fornecer cuidados mais intensos após as horas de tratamento e aumentar a prevenção de infeções podem reduzir a mortalidade. Já a diálise em casa exige um conjunto especial de precauções para reduzir os riscos de hemorragia, embolia e complicações não observadas (Kliger, 2015).

Finalmente, a falha de comunicação entre cuidadores e entre doentes e cuidadores são uma fonte importante de erros e eventos adversos. Uma melhor gestão dos recursos humanos pode melhorar a comunicação e destacar as falhas no sistema, que podem ser corrigidas para melhorar a segurança do doente. A participação dos doentes nesses processos pode melhorar a deteção de erros e melhorar a cultura de segurança (Kliger, 2015).

Nos 15 anos que se seguiram à publicação do Relatório do IOM anteriormente referido, a evolução do conceito de qualidade centrou-se na sua melhoria, na mudança de cultura, na mudança de processos e na redução do risco. Agora reconhecemos que os profissionais são humanos e, como todos os humanos, cometem erros - que às vezes prejudicam os doentes. No entanto, poucas evidências publicadas mostram qualquer melhoria real nos resultados decorrentes

dessa consciencialização e dos inúmeros esforços para lidar com essas vulnerabilidades (Kliger, 2015).

Num estudo a doentes em programa de hemodiálise, quase metade dos participantes respondeu que às vezes tinham preocupações com sua segurança na Clínica de diálise. Esses estudos identificaram vários domínios de maior risco, que os doentes experimentaram durante o tratamento, o que permitiu melhorar os cuidados prestados e assim, reduzir o risco do erro e as consequências desses erros no tratamento dos doentes (Kliger, 2015).

Estudar a cultura de segurança de uma organização permitirá reconhecer onde ocorrem os erros, como é que eles podem ser reduzidos ou mesmo eliminados e criar oportunidades para acelerar esse processo de melhoria (Kliger, 2015).

Os sistemas de cuidados de saúde são altamente complexos para doentes com múltiplos fatores de risco que predispõem a erros - erros de omissão, erros de manuseamento e erros de comportamento. Organizações de alta confiabilidade são definidas como aquelas que conseguem evitar erros de segurança, num ambiente onde os acidentes normais podem ser esperados por fatores de risco e complexidade. As organizações de alta confiabilidade operam em cinco princípios: (1) relutância em simplificar, (2) preocupação com erros, (3) deferimento à experiência, (4) sensibilidade às operações e (5) resiliência (Weick, et al., 2007, citado por Kliger 2015).

Se as Clínicas de diálise funcionarem como organizações de alta confiabilidade, os órgãos de gestão devem educar e envolver a equipa multidisciplinar e os próprios doentes, para cumprir cada um desses cinco princípios. Organizações de alta confiabilidade estabelecem e mantêm uma cultura de segurança em que todos os membros da equipa são encorajados a denunciar erros ou eventos potencialmente prejudiciais, num ambiente sem culpa e sem medo de punição. Ao mesmo tempo, uma cultura organizacional segura exige uma responsabilidade apropriada onde cada indivíduo é responsável pelas suas ações (Kliger 2015).

Das inúmeras abordagens para atingir esses objetivos, o Crew Resource Management (conjunto de listas e checklists a serem cumpridas) é uma ferramenta que foi desenvolvida na indústria da aviação e que é útil também na área de saúde. Esta técnica ajuda a equipa multidisciplinar de diálise a trabalhar de forma

colaborativa para avaliar a segurança como objetivo principal, desenvolver competências específicas em práticas seguras, criar padrões de comportamento ou práticas que promovam a segurança do doente e que consigam medir a eficácia das medidas preventivas. Assim, a equipa multidisciplinar aprende em conjunto, a manter a segurança do doente como uma prioridade e prática num ambiente seguro e não punitivo. Os preceitos incluem ter uma atitude crítica, fazer perguntas claras e ser responsável tanto pelo próprio comportamento como pelo comportamento alheio. Ferramentas como bloqueios de segurança e listas de verificação ajudam a melhorar a comunicação e minimizar a probabilidade de ocorrência de erros e danos. A eficácia desses esforços pode ser medida registando números e tipos de eventos de segurança graves e os esforços para evitar ocorrências futuras semelhantes (Maynard, et al., 2012, citado por Kliger 2015).

Políticas e procedimentos são desenvolvidos e ensinados à equipa multidisciplinar de diálise. Muitos deles são especificamente projetados para evitar erros e manter os doentes seguros. No entanto, a equipa às vezes ignora ou desconhece as políticas e não segue os procedimentos prescritos. Um estudo da Pensilvânia, sobre doentes em diálise, constatou que a falta de cumprimento dos protocolos era responsável por mais de 12% dos eventos adversos de diálise relatados (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2014).

Uma pesquisa da equipa de diálise perguntou quais os fatores que eles achavam que contribuíram de forma proeminente para violações da segurança do doente. O fator número um escolhido foi a não adesão do pessoal às políticas e procedimentos (Patient and facility safety 2012). Há muitas razões pelas quais a equipa não segue as políticas e os procedimentos instituídos, é necessário perceber que fatores humanos podem estar na base deste acontecimento e tentar corrigi-lo.

Assim é fácil entender, que é possível identificar os fatores que promovem uma boa cultura de segurança nas Clínicas de diálise, basta consciencializar a equipa e os doentes e despertá-los para os fatores de risco por forma a prevenir a ocorrência dos mesmos. Esta tarefa está associada aos cargos dos gestores das organizações, que se irá abordar no capítulo seguinte.

### 3. GESTÃO EM ENFERMAGEM

O conceito de cultura de segurança ganhou atenção após o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986 – a segurança passou a ser uma prioridade. A cultura de segurança reflete essencialmente as atitudes e valores dos trabalhadores relacionados com a gestão do risco e segurança. Já em 1863, Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, escreveu: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência de um hospital seja não causar dano aos doentes” (Wachter, 2013). No contexto da saúde, a segurança tornou-se uma questão importante para as organizações de saúde e algumas investigações em segurança indicam que muitas organizações precisam de mudar de cultura para torna-la mais centrada no doente e na prestação de cuidados.

Nas organizações de saúde, a liderança apresenta um papel fundamental e estilos particulares de liderança estão associados a melhores comportamentos de segurança por parte dos colaboradores. Inúmeras investigações e pesquisas no contexto da liderança apresentam diferentes abordagens, pressupostos e teorias mas também semelhanças. Os líderes/supervisores/gestores desempenham um papel fundamental na melhoria da segurança do doente.

Liderar, hoje em dia, é também saber estar com as pessoas, fazer com que atinjam os objetivos propostos, devendo para isso, questionar qual o papel que esperam dele enquanto líder dentro da própria equipa, e simultaneamente envolver todos na responsabilização para a melhoria contínua dos resultados obtidos. O líder é um impulsionador de comportamentos e a sua eficácia deve ser treinada todos os dias, no sentido de perceber o que pode fazer por cada um e pelo grupo, para que possam ter êxito. No contexto da saúde, cabe ao líder/gestor ter as capacidades de Planear, Organizar, Motivar, Controlar e de Comunicar. (Schein, 2004; JCAHO, 2005; WHO, 2009; Santos et al., 2010).

Assim, é imprescindível que alguém com funções de gestão no seio da equipa multidisciplinar, nomeadamente o enfermeiro gestor, possa também assumir o papel de educador da sua equipa e da comunidade, estimulando-os a notificar os eventos adversos e também a reconhecê-los, com o intuito de proporcionar a segurança dos doentes e dos próprios profissionais (Severo, 2010).

As organizações de saúde esforçam-se continuamente para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Por sua vez, os gestores reconhecem cada vez mais a importância de estabelecer uma cultura segura, que por seu lado requer liderança e profissionais de saúde que compreendam valores, crenças e normas organizacionais sobre o que é importante e quais as atitudes e comportamentos que são esperados e apropriados.

O compromisso da gestão na segurança tem sido identificado como um fator-chave no ambiente de segurança das organizações (Gilkey et al. 2003; Gillen et al. 2004; Gracia et al. 2004, citado por Feng, X., et al. 2011). Este compromisso é descrito como “written policy, effective communication, and exemplary practice” (Gilkey et al. 2003, citado por Feng, X., et al. 2011). O efeito que os líderes têm na cultura de segurança é tanto no exemplo que os seus comportamentos dão, como nas normas e atitudes, implícitas no trabalho, que promovem a segurança da prática de cuidados e assim um ambiente seguro (Zohar 2002, citado por Feng, X., et al. 2011)

Neste contexto, a condição essencial para melhorar a segurança do doente é a vontade de melhorar as estruturas e processos, especialmente por parte dos gestores/líderes e dos profissionais de saúde que cuidam do doente. Subentende-se, assim, que a ideia de segurança do doente não é mais do que a segurança de todos. Esta ideia é corroborada por Santos, et al. (2013), que afirmam que a liderança deve ser encarada como um instrumento importante à implementação de mudanças, que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Partindo do pressuposto que os enfermeiros gestores têm um papel determinante na promoção de práticas seguras nas organizações de saúde, o subcapítulo seguinte vem clarificar que competências estão associadas a estes profissionais.

### **3.1 Competências do enfermeiro com funções de gestão**

Tendo em conta a importância que os líderes/gestores têm na melhoria da segurança do doente nas organizações de saúde, torna-se pertinente abordar as competências do enfermeiro gestor como peça fundamental para a implementação de práticas seguras.

As mudanças hospitalares implicam um olhar atento sobre evolução das competências das chefias. Neste contexto complexo de interações, ao enfermeiro-chefe são exigidas competências para gerir equipas e serviços, investigar e colaborar na formação.

A definição histórica de competência, observada por Schneider em 1979, inclui conhecimentos e habilidades psicomotoras, atitudes e habilidades cognitivas, tais como a resolução de problemas.

Contudo esse conceito é muito limitativo das competências efetivas de um enfermeiro gestor. Já a noção de competência desenvolvida por Le Boterf (1995), define competências como um saber agir responsável reconhecido pelos outros, o que implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional.

Ao longo dos anos o quadro conceptual das competências dos enfermeiros gestores tem sido controverso, o que se espelha pela falta de rigor na administração da própria carreira de enfermagem, que não reconhece o cargo nem as funções desempenhadas por estes profissionais.

Em 2014, é publicado em Diário da República, a aprovação pela Assembleia da Ordem dos Enfermeiros, das competências do enfermeiro gestor que reconhece que o “Enfermeiro Gestor” é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e, do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

Este profissional garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão. É o

gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre tantos outros.

Os domínios da competência acrescida do enfermeiro gestor são a gestão e a assessoria de gestão. As competências do domínio da gestão são as seguintes:

- a) Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera;
- b) Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- c) Gere o serviço/unidade e a equipa, otimizando as respostas às necessidades dos doentes em cuidados de saúde;
- d) Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;
- e) Garante a prática profissional baseada na evidência (Diário da República, 2015).

Alguns estudos sobre liderança em enfermagem têm demonstrado um conjunto de benefícios relacionados com a sua implicação na melhoria da segurança dos doentes (Tregunno et al., 2009); nos resultados positivos para as organizações, para os doentes (Wong & Cummings, 2007) e para os profissionais de saúde (Cummings et al., 2005).

Ainda para outros autores, o papel dos enfermeiros passa por tarefas diretamente relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes, bem como a liderança da equipa de enfermagem e a gestão de recursos – físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação. Ao enfermeiro gestor é exigido conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e que tenha atitudes adequadas para desempenhar o seu papel com vista a obter resultados positivos. É, portanto, exigido que ele seja competente naquilo que faz, bem como garanta que os profissionais da sua equipa tenham competência para executar as tarefas que lhes são destinadas.

Constitui-se portanto, um desafio definir as competências necessárias aos enfermeiros gestores, bem como estabelecer mecanismos para que o seu desenvolvimento dentro e fora das instituições seja o mais correto possível. Destaca-se ainda que, entre as funções de gestão do enfermeiro, está a de garantir



que os profissionais de enfermagem da sua equipa tenham competência para executar as tarefas que lhes são atribuídas (Marquis & Houston, 2012).

Haycock-Stuart & Kean (2012) afirmam que, para existirem cuidados de enfermagem com elevada qualidade, os líderes em enfermagem necessitam de ter funções específicas. Para estes autores é necessário que se identifiquem indicadores de avaliação da qualidade, bem como se destaque a importância de se demonstrar o impacto da enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde (Haycock-Stuart & Kean, 2012).

Um estudo realizado por Aiken et al. (2012), em 12 países da Europa e nos Estados Unidos, a equipa de enfermagem e a qualidade do ambiente de trabalho, nomeadamente a gestão dos cuidados de enfermagem; o bom relacionamento entre os profissionais da equipa multidisciplinar; a participação do enfermeiro na tomada de decisões e as prioridades organizacionais sobre a qualidade dos cuidados - foram significativamente associados à satisfação do doente e à qualidade e segurança dos cuidados prestados. Este estudo afirma que, a existência de uma força de trabalho de enfermagem qualificada e comprometida, é determinante para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados e que a melhoria do ambiente de trabalho pode ser uma estratégia organizacional, que pode contribuir para a melhoria da saúde. Assim, é notório que a qualidade dos cuidados de enfermagem contribui, de forma direta, para uma boa evolução da saúde dos doentes, para a sua satisfação perante os cuidados recebidos e que essa qualidade está intimamente relacionada com a segurança da prestação de cuidados.

Mantendo a mesma linha de pensamento relativamente à necessidade de rever o quadro de competências dos enfermeiros gestores, o Presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), Nelson Guerra, referiu em Dezembro de 2016, ao Jornal do Enfermeiro, que a “qualidade e a segurança dos cuidados dependem, e muito, de enfermeiros gestores competentes e motivados”.

Para o Presidente desta Associação, este grupo profissional tem vindo a assumir um conjunto de responsabilidades fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde ao nível organizacional, entre eles destaca-se a liderança em projetos de melhoria da qualidade, o papel central nas Comissões de Controlo de Infecção e de Saúde Ocupacional, a seriedade dos projetos anuais de

formação, a implementação de processos de avaliação de desempenho e de sistemas de informação.

O enfermeiro gestor garante a produção de melhores cuidados de resposta às necessidades dos doentes. Tem ainda funções comerciais, relacionadas com a gestão dos materiais necessários à qualidade do serviço prestado, e funções financeiras, relacionadas com a gestão e controlo dos custos, embora garantindo a qualidade dos cuidados, o que suporta as suas funções de segurança, estas relacionadas com a proteção e suporte da equipa e dos doentes, em toda a sua abrangência.

Assim, tendo em conta o contexto atual, é importante dizer que a promoção da segurança é um foco de investimento dos enfermeiros gestores, que detêm um papel preponderante nos cuidados de saúde prestados à população com responsabilidades na promoção de ambientes seguros. E ainda que é urgente que sejam efetivamente reconhecidas as funções de gestão e competências neste âmbito a estes profissionais.

## **PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO**

# **1. METODOLOGIA**

O enquadramento teórico realizado na primeira parte deste trabalho procurou apresentar uma análise teórica que permitisse fundamentar e realçar as principais questões associadas à cultura de segurança do doente, ao contexto da segurança nas Clínicas de hemodiálise e à gestão em enfermagem nas organizações de saúde. Este capítulo pretende esclarecer a finalidade deste estudo, introduzindo as questões centrais da investigação e os seus principais objetivos, explanando a metodologia utilizada para esse fim.

Fortin (2006) defende que a investigação científica é um processo sistemático de validação de conhecimentos já estudados e de produção de novos, que sejam passíveis de ser aplicados na prática.

## **1.1 Problema e Questão de Investigação**

A segurança do doente é um dos pilares da qualidade dos cuidados prestados pelo que avaliar e monitorizar a cultura de segurança das organizações é essencial para identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças.

Assim, avaliar a segurança do doente numa Clínica de hemodiálise é o primeiro passo para desenvolver e estabelecer uma cultura de segurança do doente em diálise. Justifica-se portanto este estudo pela necessidade efetiva de indicadores da qualidade, que tornem as organizações de saúde mais competitivas, criativas e flexíveis e consequentemente capazes de tomar decisões, com o intuito de abrir caminho para a monitorização da cultura de segurança do doente (CSD) na organização.

Com este trabalho de investigação pretendeu-se estudar a segurança do doente no contexto específico de uma Clínica de hemodiálise, particularmente a perceção que os profissionais têm sobre a CSD da instituição onde exercem funções. Tal como afirma Reston (2000) as instituições devem preocupar-se com a possibilidade de errarem, sendo necessário formar os profissionais de saúde para reconhecerem e recuperarem de eventuais falhas (Diniz, et al., 2011).

Para a concretização do estudo de investigação definiu-se como questão de investigação: **Qual a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança dos doentes numa Clínica de hemodiálise?**

## **1.2 Objetivos**

- Conhecer a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança presente na Clínica de hemodiálise;
- Comparar a perceção das diferentes categorias profissionais sobre a cultura de segurança presente na Clínica de hemodiálise;
- Identificar quais as áreas onde se pode melhorar a cultura de segurança dessa mesma Clínica.

## **1.3 Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo quantitativo, observacional-descritivo e transversal. Para Fortin (2009, p.22) “O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.” Segundo Pais Ribeiro (2010), num estudo observacional, o investigador não intervém, desenvolvendo procedimentos para descrever acontecimentos que ocorrem naturalmente (sem a sua intervenção), bem como os efeitos destes nos sujeitos. Já os estudos observacionais-descritivos fornecem informação acerca da população em estudo e os transversais focam-se num único grupo representativo dessa população, sendo os dados recolhidos num único momento (Pais Ribeiro, 2010).

## **1.4 População-alvo**

“Uma população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” sendo que “qualquer

trabalho de amostragem requer uma definição precisa da população a estudar, e portanto dos elementos que a compõem” (Fortin, 2009).

A segurança do doente é considerada um princípio fundamental dos cuidados ao doente e uma componente da gestão da qualidade (World Health Organization, 2002), uma das chaves da cultura de segurança é que todos os profissionais tenham consciência constante e ativa do potencial de risco e tomar medidas no sentido da segurança (National Patient Safety Agency, 2004), por conseguinte a segurança diz respeito a todos os profissionais numa organização.

Desta forma a população do estudo é constituída por todos os 148 colaboradores (médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos e administrativos) que desempenham funções numa Clínica de hemodiálise da região de Lisboa. Foram, assim, elegíveis a responder ao questionário todos os profissionais que têm contacto direto ou indireto com os doentes. O que permite, por exemplo: identificar áreas cuja cultura necessita de melhorias, avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo; possibilitar *benchmarking* interno e externo, auxiliando a organização a identificar como a sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando as suas fragilidades. Optou-se por uma amostra não probabilística sequencial, onde a probabilidade relativa de um elemento ser incluído na amostra não é conhecida e os indivíduos elegíveis a participar no estudo são incluídos por conveniência do investigador (Ribeiro, 1999). Assim constituíram a amostra, todos os profissionais presentes na Clínica no período de 1 de Agosto de 2017 a 1 de Setembro de 2017 e que livremente aderiram a responder ao questionário.

## **1.5 Método e Instrumento de Colheita de Dados**

O método de colheita de dados foi o questionário, que apresenta vantagens ao nível não só da análise dos dados como permite recolher informação de um elevado número de inquiridos ao mesmo tempo. Trata-se de um método que permite obter os dados de forma rápida e pouco dispendiosa, podendo ser aplicado a um vasto número de pessoas, tendo por isso vantagens, tais como a natureza

impessoal, a uniformidade da apresentação e das diretivas (assegura a constância de um questionário para o outro) que contribui para a fidelidade do instrumento e o anonimato das respostas (tranquiliza os respondentes e leva-os a exprimir livremente as suas opiniões) (Fortin, 2009).

Assim, usou-se o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), traduzido e validado para a cultura portuguesa por Margarida Eiras e de utilização livre - “In 2004, the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) released the Hospital Survey on Patient Safety Culture, a staff survey designed to help hospitals assess the culture of safety (...)” (Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2012).

O objetivo do questionário é avaliar as 12 dimensões da cultura de segurança do doente e questionar a opinião dos participantes sobre pontos-chave relacionados com a segurança, como: valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão.

O HSOPSC incide sobre a perspetiva dos colaboradores sobre a cultura de segurança do doente e com o relato de erros/eventos (Sorra & Nieva, 2004). O HSOPSC divide-se em 12 dimensões, como exemplifica a Tabela 1, e os itens dividem-se por cada uma das dimensões (ver anexo 3).

**Tabela 1. Dimensões do HSOPSC**

---

1. Trabalho em equipa
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente
3. Apoio à segurança do doente pela gestão
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente
6. Feedback e comunicação acerca do erro
7. Abertura na comunicação
8. Frequência da notificação de eventos
9. Trabalho entre as unidades
10. Profissionais
11. Transições
12. Resposta ao erro não punitiva.

---

Adaptado de: Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011), Sorra & Nieva (2004).

As definições de cada uma das dimensões avaliadas pelo HSOPSC, descritas a seguir, auxiliam a uma melhor compreensão da avaliação da cultura de segurança do doente:

- **Expectativas e ações de promoção de segurança dos gestores:** avalia se estes consideram as sugestões dos colaboradores para melhorar a segurança do doente; reconhece a participação dos colaboradores para procedimentos de melhoria da segurança do doente.
- **Aprendizagem organizacional e melhoria contínua:** avalia a existência da aprendizagem a partir dos erros que levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas.
- **Trabalho em equipa dentro das unidades:** define se os colaboradores se apoiam uns aos outros, se se tratam com respeito e se trabalham juntos como uma equipa.
- **Abertura da comunicação:** avalia se os colaboradores conversam livremente sobre os erros que podem afetar o doente e se eles se sentem livres para questionar os superiores hierárquicos.
- **Notificação de eventos:** avalia a perceção dos colaboradores, se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.
- **Respostas não punitivas aos erros:** avalia como os colaboradores se sentem em relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles podem ser usados contra eles e guardados no processo individual de cada um.
- **Profissionais:** avalia se os colaboradores são capazes de lidar com a carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para a prestação de cuidados.
- **Apoio da gestão na segurança do doente:** avalia se a administração e a gestão da unidade promovem um ambiente de trabalho seguro e demonstram que a segurança do doente é prioritária.
- **Trabalho de equipa entre os serviços:** avalia se os serviços cooperam e se se coordenam entre si para prover melhores cuidados de saúde.
- **Transições:** avalia se as informações importantes sobre o cuidado aos doentes são transferidas através dos serviços e durante as mudanças de turno.
- **Perceção geral da segurança do doente:** avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência



de erros e a ausência de problemas de segurança do doente.

- **Frequência de eventos notificados:** relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do doente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o doente.

O questionário é então composto por quarenta e dois itens, distribuídos por doze dimensões, sob a forma de escala de Likert com cinco níveis desde “discordo fortemente” ou “nunca” até “concordo fortemente” ou “sempre”, havendo também a opção “não se aplica”. Inclui ainda duas variáveis de item único (Grau de Segurança do Doente e Número de Eventos Notificados nos últimos 12 meses) para além de um grupo de questões socio profissionais.

Este questionário contém perguntas formuladas positivamente e outras formuladas negativamente, sendo recomendado por Sorra & Nieva (2004) que na análise global das dimensões seja invertida a escala das perguntas que estão no sentido negativo para facilitar a análise. As questões identificadas com “r” estão colocadas na negativa (A21r, A22r, A13r, A17r, A18r, B6r, A28r, A32r, A7r, A14r, A25r, A27r, A29r, A33r, A8r, A12r, A16r).

Recomendam igualmente para facilitar a análise, que os cinco níveis de resposta sejam recodificados em 3 categorias da seguinte formam (ver Tabela 2):

**Tabela 2 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados**

Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Código base (cinco níveis)
Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	
Negativo		Neutro	Positivo		Recodificação (três níveis)

As únicas alterações feitas ao questionário original foram substituir a palavra “Hospital” por “Clínica de hemodiálise” (ver versão final do questionário – Anexo 1).

## **1.6 Procedimentos de colheita e tratamento de dados**

Antes de se disponibilizar o questionário a direção da empresa emitiu um comunicado interno (ver anexo 3) que explicava o tema, objetivos, tipo de estudo, bem como apelava aos profissionais que colaborassem no seu preenchimento nas datas definidas.

Na fase de colheita de dados foi disponibilizado o questionário em formato digital através de um iPad que esteve ao dispor de todos os colaboradores, que quiseram participar no estudo, no mês de Agosto de 2017 numa Clínica de hemodiálise de Lisboa.

Para aceder ao link do questionário os colaboradores tinham que introduzir uma senha (número) fornecida pelo investigador, o que permitiu verificar que a mesma pessoa não respondia mais do que uma vez ao questionário. O questionário só terminava quando todas as questões fossem preenchidas e o link fechava, não se podendo responder novamente ao questionário.

A recolha dos dados obtidos foi feita através do programa Excel.

## **1.7 Considerações Éticas**

Para a concretização do estudo de investigação foi pedida autorização (ver anexo 4) à Direção Clínica e, posteriormente, à Direção de Enfermagem e à Direção Operacional da Empresa, para se proceder à colheita de dados, junto dos seus colaboradores. De forma a cumprir com os princípios ético-legais de um processo de investigação, garantiu-se a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Antes de iniciarem o preenchimento do questionário, os participantes responderam à questão “Declara que autoriza o tratamento dos dados recolhidos, de forma absolutamente confidencial e anónima a nível individual e da organização?” (ver anexo 1).

## 2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

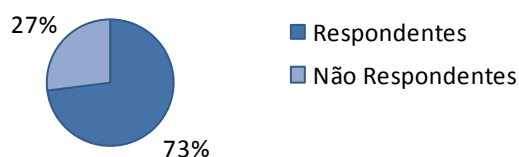
O presente capítulo visa apresentar os dados através de tabelas, quadros e gráficos, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação, para posterior discussão dos resultados.

### 2.1 Caracterização da amostra

Dos 148 colaboradores que exercem funções na Clínica de hemodiálise foram obtidos 108 questionários completos, o que representa cerca de 73% da população em estudo.

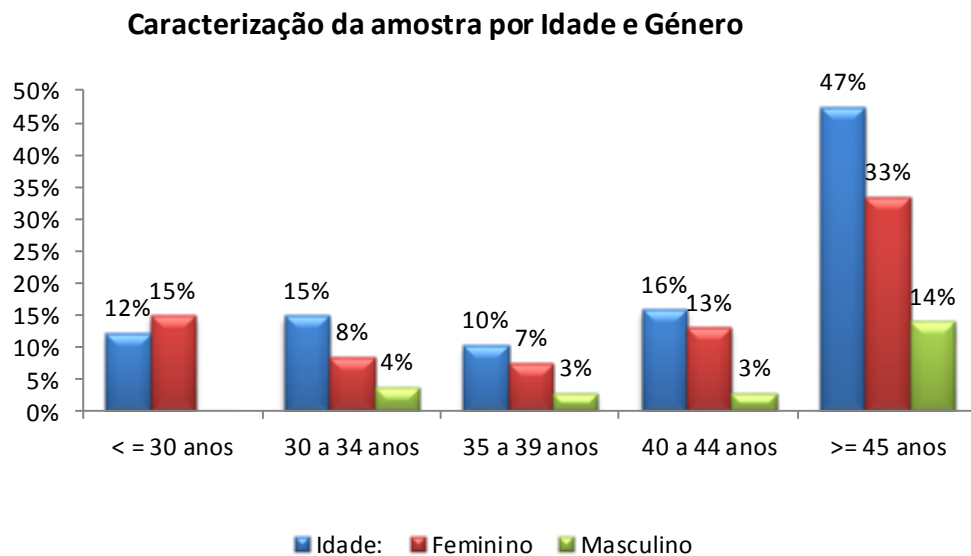
**Gráfico 1 - Taxa de adesão ao questionário**

**Taxa de adesão ao questionário**



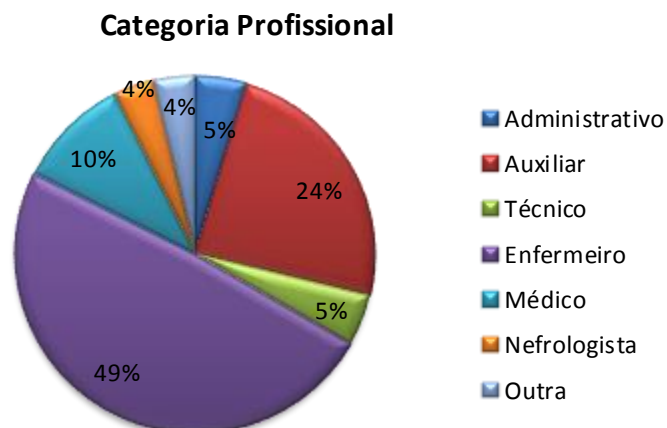
A amostra é majoritariamente do sexo feminino 77% (83 colaboradores). A maioria (47%) da amostra respondente tem mais de 45 anos. Conforme pode ser lido no gráfico 2, 16% (17 colaboradores) têm idade entre os 40 e os 44 anos, 15% (16 colaboradores) com idade entre os 30 anos e os 34 anos e, 12% (13 colaboradores) com menos de 30 anos e por fim 10% (11 colaboradores) tem entre os 35 e os 39 anos de idade.

**Gráfico 2 – Caracterização da amostra por Idade e Género**



Quanto à categoria profissional, a amostra é representada maioritariamente por Enfermeiros (49%), segue-se a categoria de Auxiliar (24%), os Médicos e Nefrologistas representam 14% da amostra e os restantes 14% são Técnicos, Administrativos e Outros.

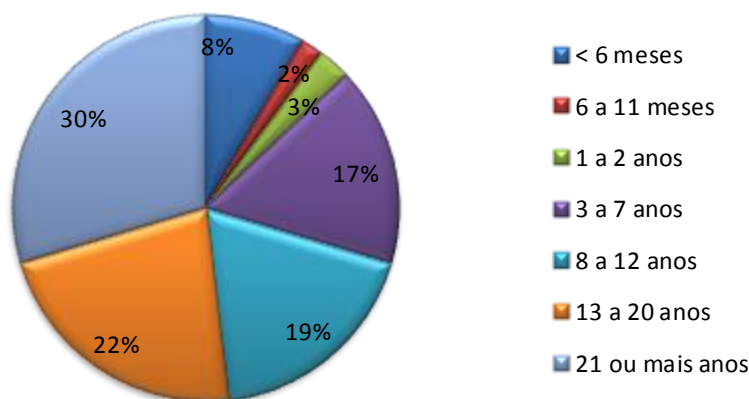
**Gráfico 3 – Caracterização da Amostra por Categoria Profissional**



Cerca de 50% dos colaboradores que constituem a amostra trabalham na Clínica e na instituição há mais de 13 anos.

**Gráfico 4 – Caracterização da amostra por tempo de serviço na Clínica de Hemodiálise**

**Experiência na Clínica de Hemodiálise**



Considerando a caracterização dos profissionais respondentes ao questionário constata-se estar perante uma amostra de profissionais com larga experiência profissional nesta instituição capaz, pois, de avaliar e emitir opiniões sobre a CSD da mesma.

## 2.2 Dimensões do HSOPSC

De forma a obter a percepção geral de cada dimensão do HSOPSC, seguiram-se as orientações de Sorra & Nieva (2004). Assim, calculou-se a percentagem total de respostas positivas para cada dimensão da CSD, agrupando-se as respostas positivas “concordo/concordo totalmente” e “muitas vezes/sempre”. No caso de questões com sentido contrário, o desacordo indica uma resposta positiva tendo-se, por isso, agrupado as respostas “discordo/discordo totalmente” e “nunca/raramente”. Depois, calculou-se a percentagem positiva para cada dimensão.

Face aos resultados, considerou-se que respostas positivas inferiores a 50%, são indicadoras de uma dimensão crítica/problemática da CSD, respostas entre os 50% e os 75% revelam a existência de uma dimensão a necessitar de melhorias e,

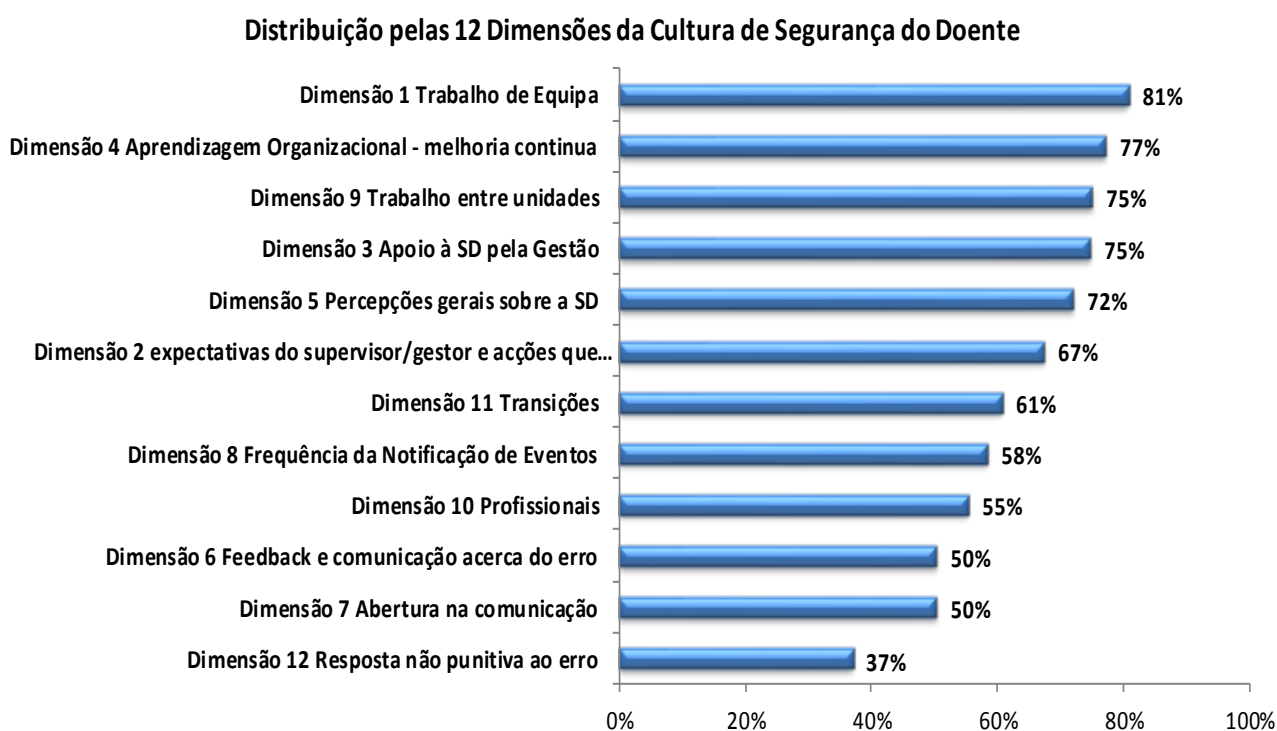
por fim, respostas positivas iguais ou superiores a 75% revelam a existência de uma dimensão muito bom/forte da CSD.

O gráfico seguinte ilustra a distribuição dos resultados do estudo pelas 12 Dimensões da Cultura de Segurança do Doente. Dos resultados obtidos evidencia-se que o “trabalho em equipa” (81%) é a dimensão mais forte da organização. Outras dimensões com avaliação positiva são “aprendizagem organizacional - melhoria contínua” (77%), “apoio à segurança do doente pela gestão” (75%) e “trabalho entre unidades” (75%).

Dimensões consideradas com necessidade de intervenção são: “profissionais” (55%); “frequência da notificação de eventos” (58%); “percepções gerais sobre a segurança do doente” (72%); “transições” (61%) e “expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” (67%).

As dimensões problemáticas/críticas encontradas no contexto estudado foram as que se referem às dimensões “feedback e comunicação acerca do erro” (50%); a “abertura na comunicação” (50%) e a “resposta não punitiva ao erro” (37%).

**Gráfico 5 – Distribuição pelas 12 Dimensões da Cultura de Segurança do Doente**

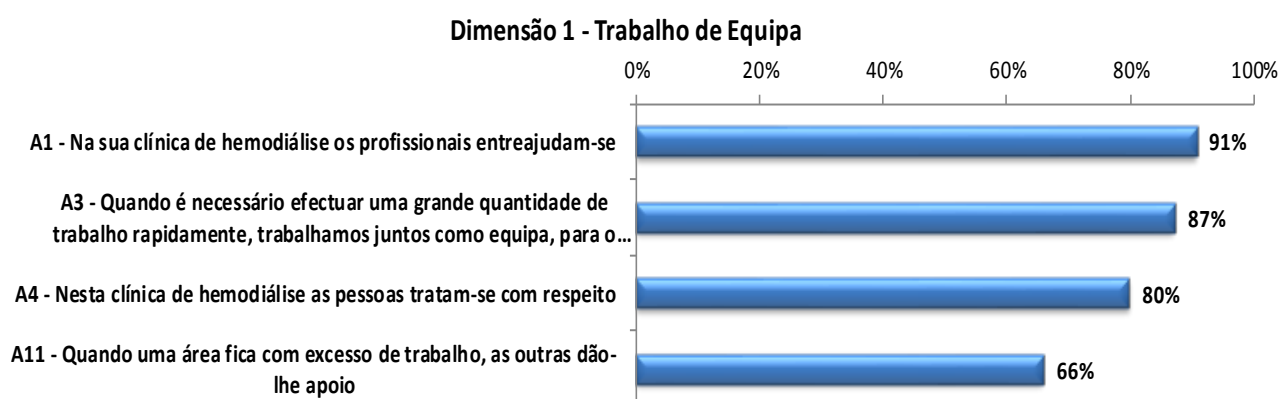


Passamos, de seguida, a aprofundar de forma pormenorizada cada uma das dimensões referidas.

### **Dimensão “Trabalho de Equipa”**

A dimensão do “Trabalho em Equipa” é encarada como um aspeto forte da CSD com uma média de 81% de respostas positivas, com os colaboradores a considerarem que existe entreajuda (91%) (A1), cooperação face ao excesso de trabalho (87%) (A3), respeito (80%) (A4) e, apesar de ser a questão com menor taxa de concordância na dimensão, 66% de colaboradores considera que existe apoio em caso de sobrecarga de trabalho entre as diferentes áreas (A11). Nesta questão a taxa de respostas neutras (“não concordo nem discordo”) é de 15%. Isto revela necessidade de intervenção, nomeadamente por parte das chefias intermédias no sentido de promover a entreajuda dos profissionais. Nas restantes questões desta dimensão a taxa de respostas neutras não é significativa, varia entre os 7 e os 8%.

**Gráfico 6 – Dimensão 1 Trabalho de Equipa**

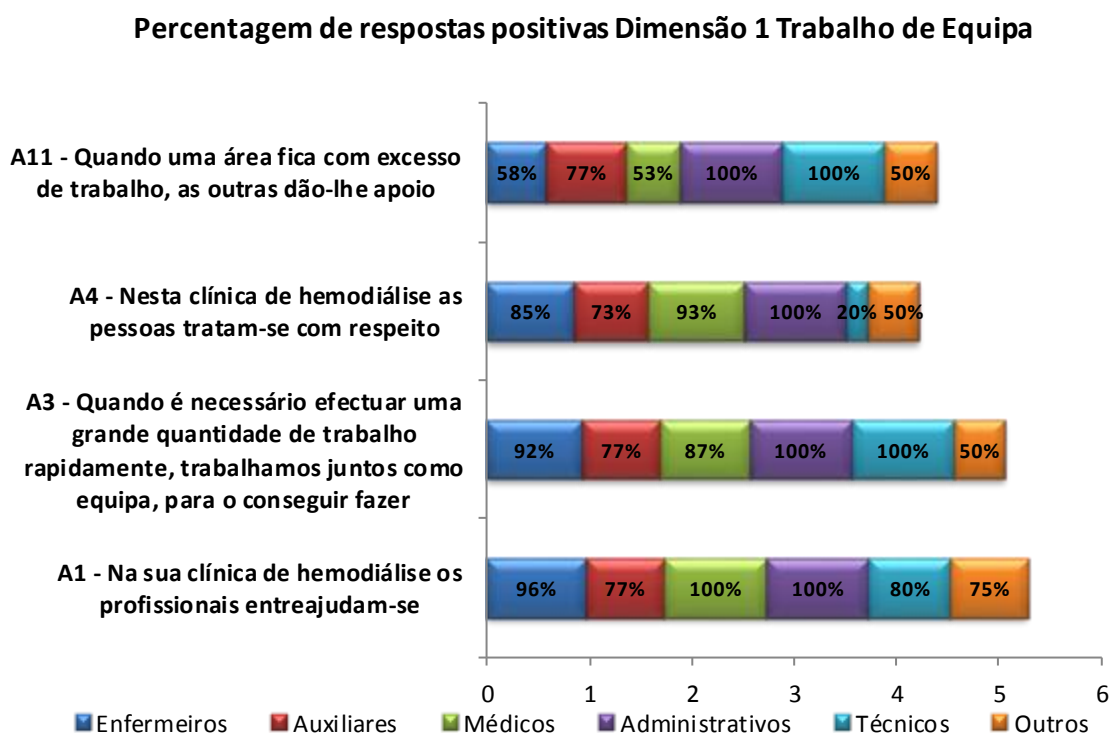


Analisando a dimensão “trabalho de equipa” por categoria profissional depreendemos que a pergunta que concentra maior concordância em todas as profissões é a que dá resposta à pergunta A1 que afirma que os profissionais se entreajudam.

Destaca-se nesta dimensão a perceção menos positiva por parte de enfermeiros e médicos (58% e 53%, respetivamente) relativamente ao apoio em caso de sobrecarga de trabalho entre as várias áreas da Clínica e a má perceção

por parte dos técnicos relativamente aos profissionais se tratarem com respeito, apenas 20% de concordância nesta questão.

**Gráfico 7 - Dimensão 1 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



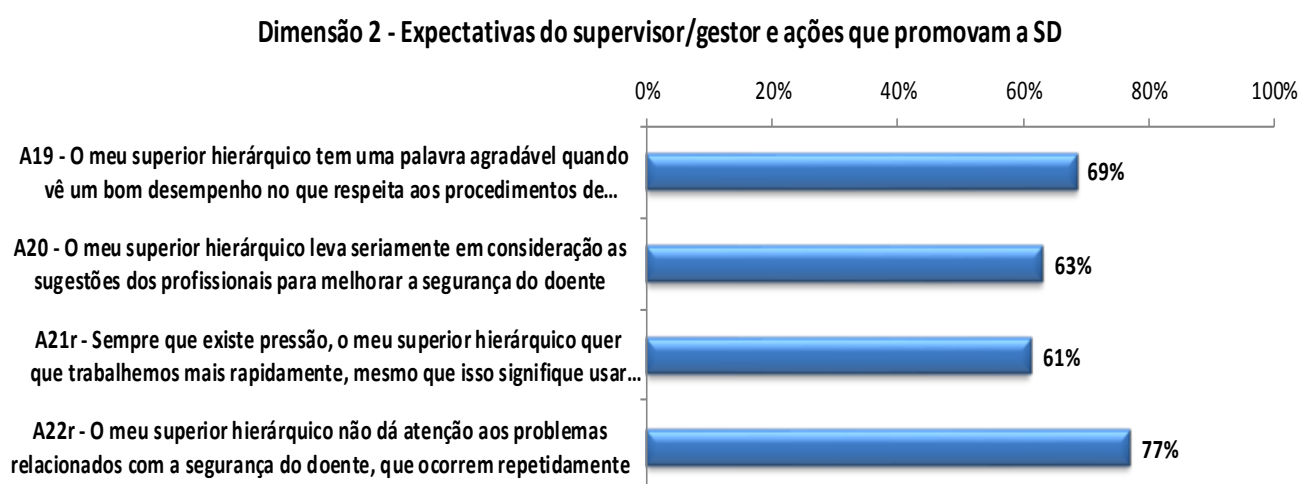
### **Dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança**

A dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança” é uma dimensão a necessitar de intervenção, com uma média de respostas positivas de 67%. Apesar do resultado, 77% dos colaboradores consideram que o seu superior hierárquico dá atenção aos problemas de SD que ocorrem continuamente (A22r - revertida), por outro lado, apenas 61% consideram que o superior hierárquico não exerce pressão sobre os profissionais quanto ao trabalho a realizar (A21r - revertida) e somente 63% defende que o superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente (A20).



Por ultimo, 69% dos profissionais afirma que o superior hierárquico congratula o bom desempenho (A19). Contudo fica a ressalva que a taxa de respostas neutras para as questões A20 (23%) e A21r (23%) é elevada. O que leva concluir que os colaboradores ou não têm uma opinião formada sobre o seu superior hierárquico ou podem não querer manifestá-la.

**Gráfico 8 – Dimensão 2 Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD**

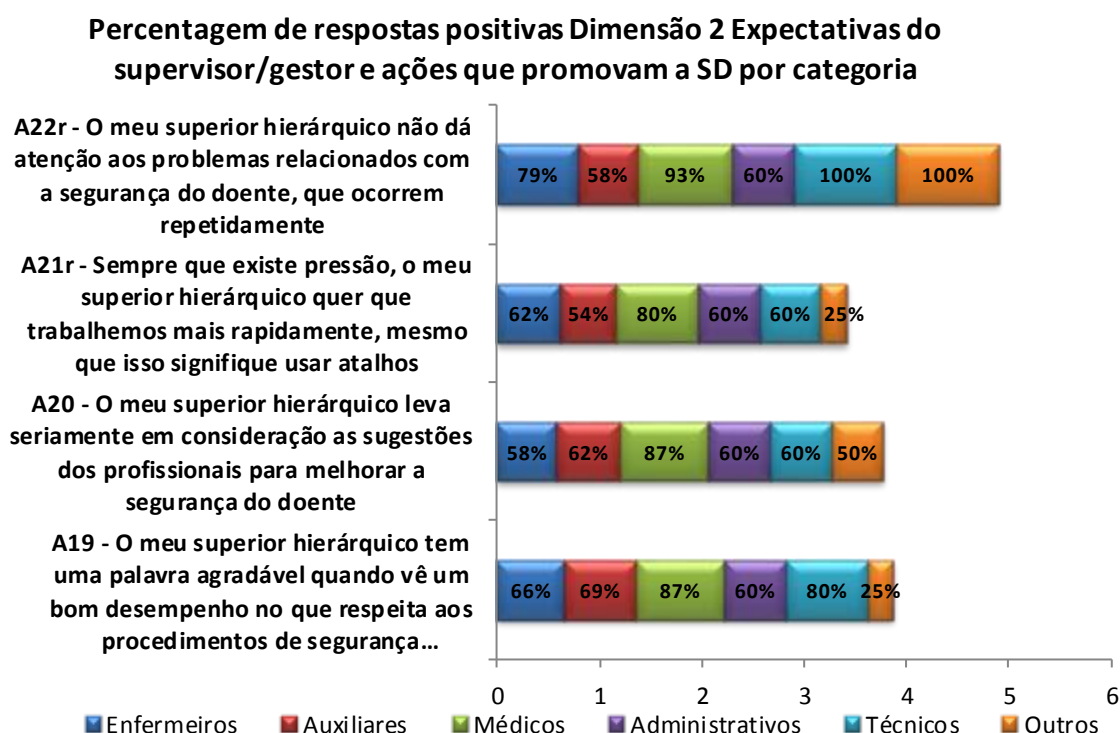


Analisando a dimensão expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD por categoria profissional é possível verificar pela leitura do gráfico 9 que o item que concentra a maior percentagem de respostas positivas também revela que os auxiliares e administrativos não contribuem da mesma forma para resposta à questão A22r o que indica que apenas 58% e 60% destes profissionais, respetivamente, consideram que o superior hierárquico dá atenção aos problemas relacionados com a SD, que ocorrem repetidamente.

Por outro lado existe maior concordância dos médicos em todas os itens, com valores superiores a 80%, o que comparando com as restantes categorias profissionais sugere que os médicos consideram esta dimensão mais positiva apesar de no total de respostas a dimensão ser considerada com necessidade de intervenção. Na verdade a avaliação do superior hierárquico é díspar porque o superior também é diferente entre as diferentes categorias profissionais.

As questões A20 e A21r (revertida) revelam as menores percentagens de respostas positivas em todas as categorias profissionais o que parece indicar que os profissionais têm a perceção que as chefias os pressionam para trabalhar mais rapidamente e que essas mesmas chefias não levam seriamente em consideração as sugestões para melhorar a segurança do doente.

**Gráfico 9 - Dimensão 2 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



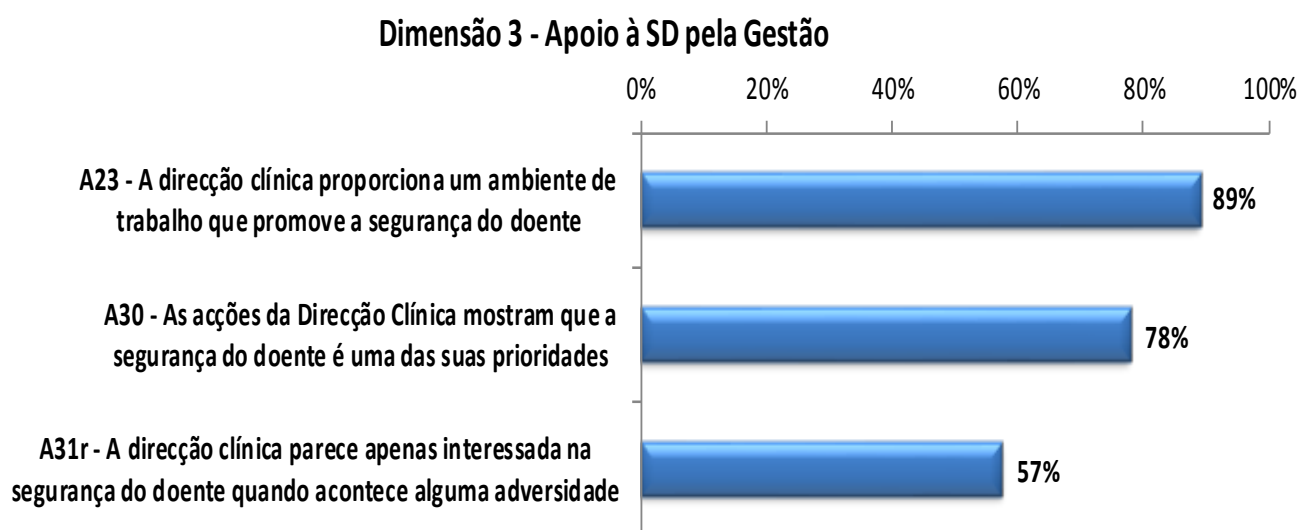
### Dimensão “Apoio à SD pela Gestão”

Os colaboradores encaram o “Apoio à SD pela gestão” como um aspeto importante (forte) na organização onde exercem funções (75%), sendo que 89% dos colaboradores consideram que a direção da Clínica se preocupa com um ambiente de trabalho promotor da SD (A23) e ainda 78% dos colaboradores consideram que a SD é uma das suas prioridades (A30).

Apesar do exposto anteriormente, apenas 57% dos colaboradores consideram que a direção Clínica parece manifestar algum interesse na SD não só quando ocorre alguma adversidade (A31r). Contudo uma percentagem considerável

(26%) considera o contrário e ainda 16% dos colaboradores manifesta uma opinião neutra nesta questão, pelo que parece que existe a necessidade de intervenção por parte da gestão na tentativa de assegurar a SD não só quando algo acontece, mas também apostar na prevenção para evitar que essas adversidades ocorram.

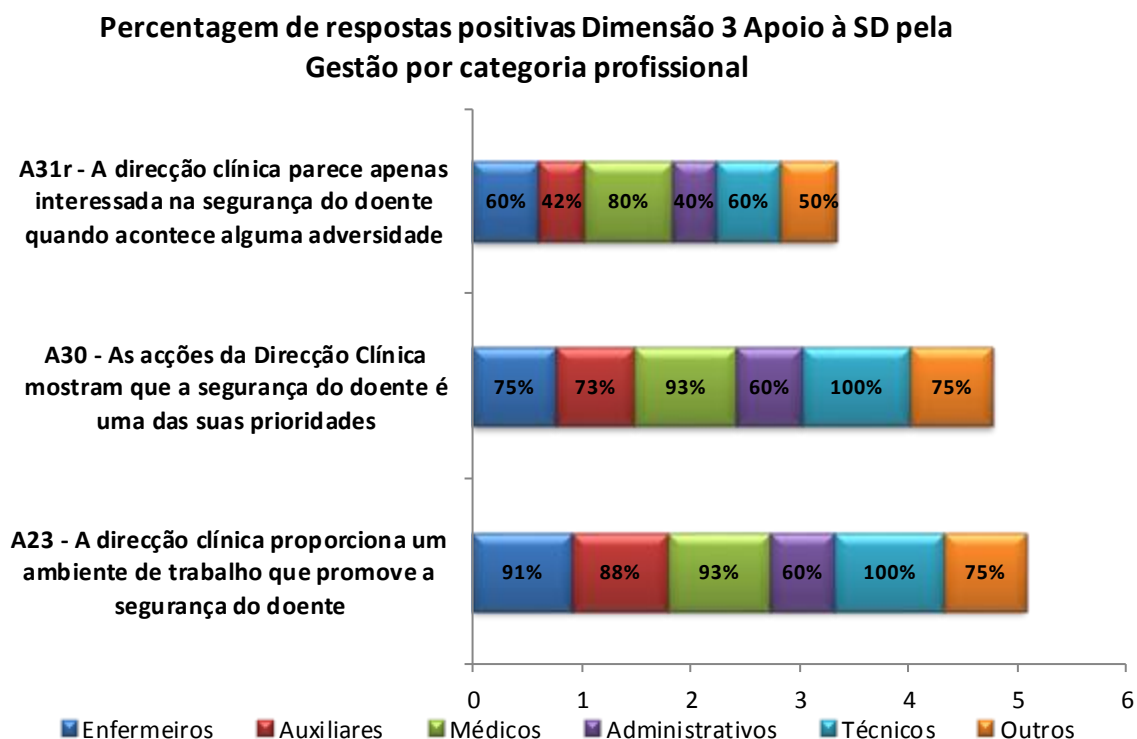
**Gráfico 10 – Dimensão 3 Apoio à SD pela Gestão**



Analisando a dimensão “apoio à SD pela gestão” por categoria profissional depreendemos que a pergunta com maior taxa de concordância em todas as profissões é a que dá resposta à pergunta A23 que afirma que a direcção Clínica proporciona um ambiente de trabalho que promove a SD. Também nesta dimensão a classe profissional médica apresenta valores percentuais superiores em praticamente todos os itens e os administrativos os mais baixos.

Na questão (A31r – revertida) sobre o interesse da direcção clínica na SD quando acontece alguma adversidade, as percentagens de respostas por categoria também baixa significativamente, como demonstra o gráfico seguinte.

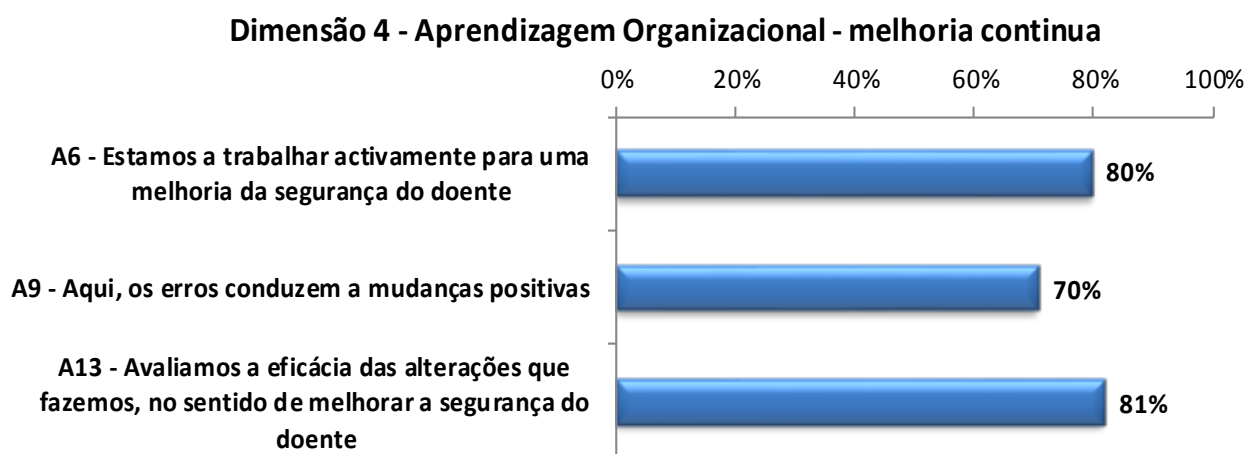
**Gráfico 11 - Dimensão 3 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



### **Dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”**

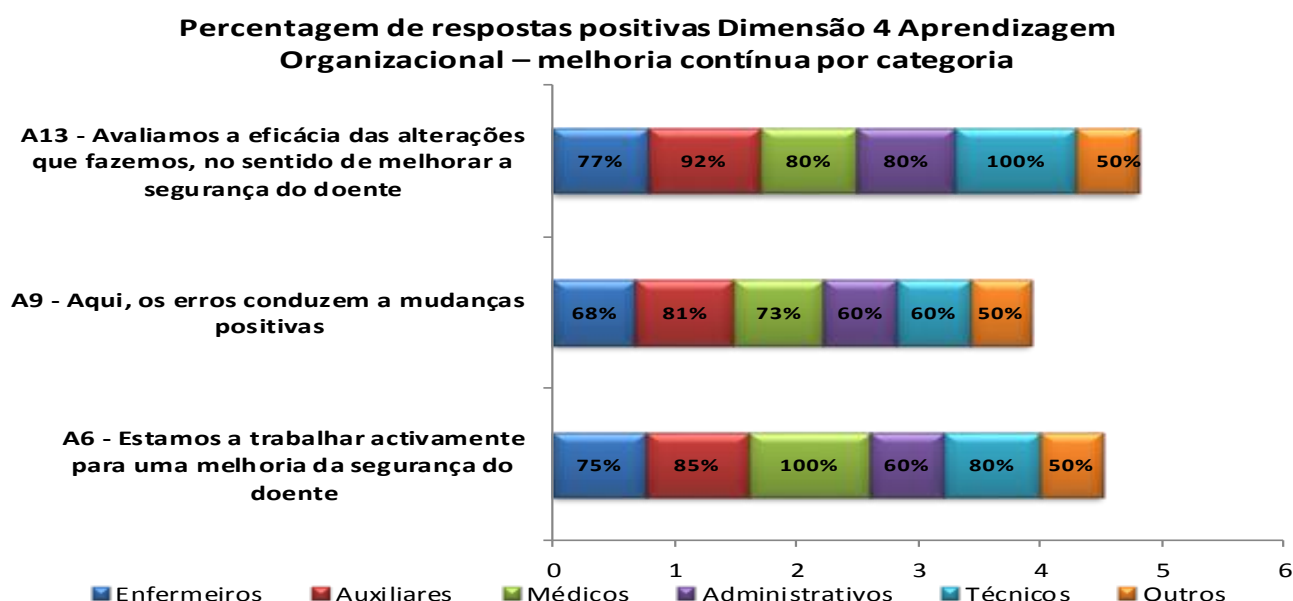
Também a dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” com uma média de 77% de respostas positivas, apresenta-se como uma dimensão forte nesta Clínica, na medida em que 80% dos colaboradores consideram que estão a trabalhar ativamente para uma melhoria da SD (A6) e ainda 70% afirma que os erros conduzem a mudanças positivas (A9). Os colaboradores (81%) consideram também que se avalia a eficácia das alterações (A13), revelando-se este um indicador forte.

**Gráfico 12 – Dimensão 4 Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua**



Analisando a dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” por categoria profissional e, conforme é possível ler no gráfico 13, é possível verificar que a pergunta com maior taxa de concordância em todas as profissões é a que dá resposta à pergunta A13 que afirma que “existe uma avaliação à eficiência das alterações que se fazem, no sentido de melhorar a SD”. Mais uma vez se constata globalmente nas três questões, maior concordância por parte dos médicos e auxiliares.

**Gráfico 13 - Dimensão 4 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



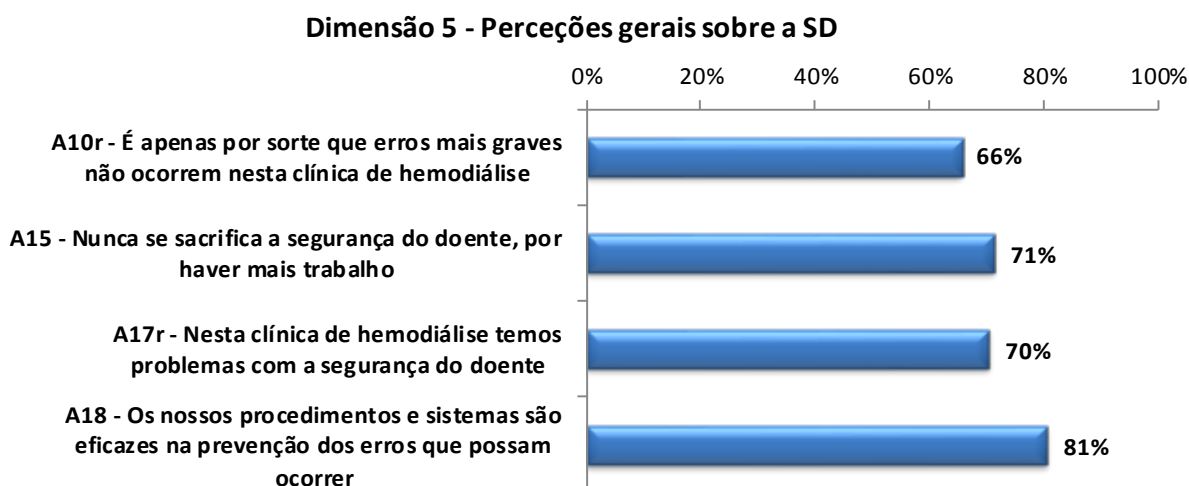
### Dimensão “Percepções Gerais sobre SD”

Relativamente às “percepções gerais sobre SD”, trata-se de uma dimensão a necessitar de intervenção apesar dos 72% de respostas positivas. Os resultados revelam que existe necessidade de intervenção nesta área, nomeadamente ao nível dos erros, pois apenas 61% dos colaboradores afirma (A10r - revertida) que só por sorte é que não ocorrem mais erros. Esta questão apresenta uma taxa de 18% de respostas neutras e 15% de respostas que afirmam que é só por sorte que os erros não acontecem.

Ainda assim, 81% dos colaboradores afirmam que não existe falta de eficácia dos procedimentos e sistemas na prevenção dos erros (A18) e ainda, 70% afirma que não existem problemas com a SD (A17r - revertida), na medida em que esta não é sacrificada (A15) quando existe mais trabalho (71%).

Apesar destes valores as taxas de respostas neutras variam nestas questões entre os 11% (A18 e A15) e os 18% (A17r). O que permite concluir que os colaboradores ou não têm uma opinião formada ou não querem manifestar a sua opinião.

**Gráfico 14 – Dimensão 5 Percepções gerais sobre a SD**

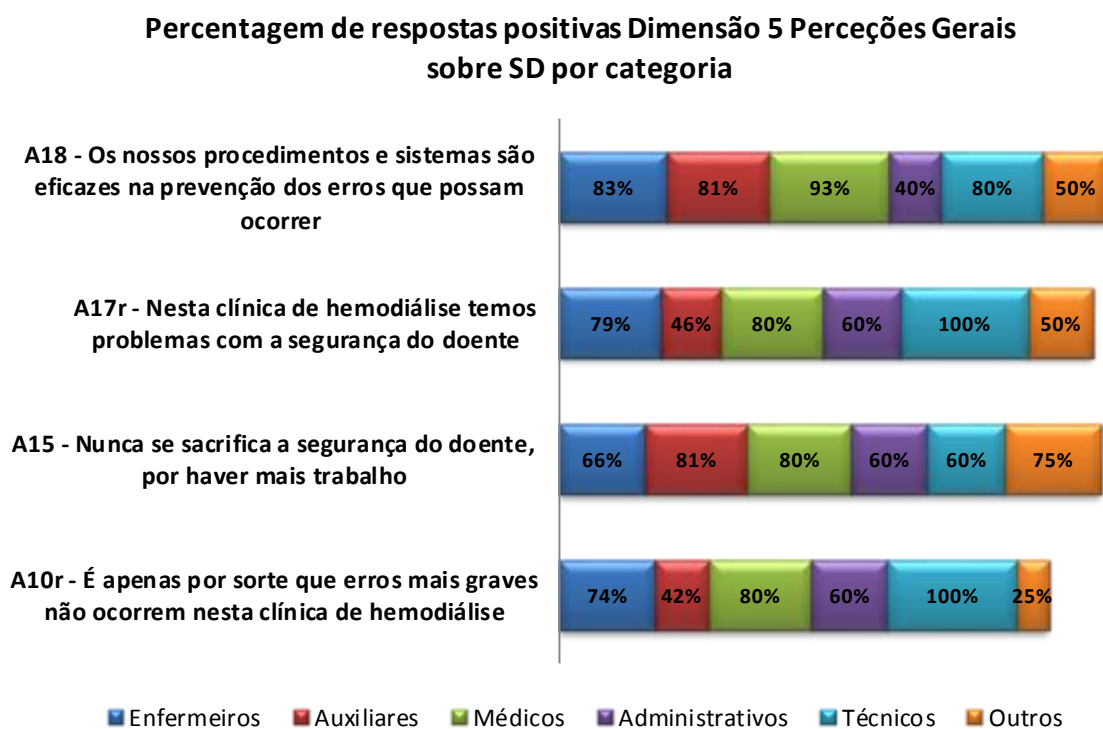


Analisando a dimensão “percepções gerais sobre a SD” por categoria profissional depreendemos que a pergunta com maior concordância em todas as categorias é a que dá resposta à questão A18, que afirma que os procedimentos e

sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer, como se comprova no gráfico seguinte.

Ainda na questão A15, os enfermeiros apresentam uma taxa de concordância mais baixa (66%) relativamente a outras questões, o que pode indicar que esta categoria profissional considera que de alguma forma se sacrifica a SD por haver mais trabalho. Cabe às chefias intermédias adotar estratégias, nomeadamente da gestão de recursos humanos, para colmatar esta necessidade e atuar sobre esta dimensão, por forma a priorizar sempre a segurança do doente na prática de cuidados prestados, independentemente do fluxo de trabalho.

**Gráfico 15 - Dimensão 5 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



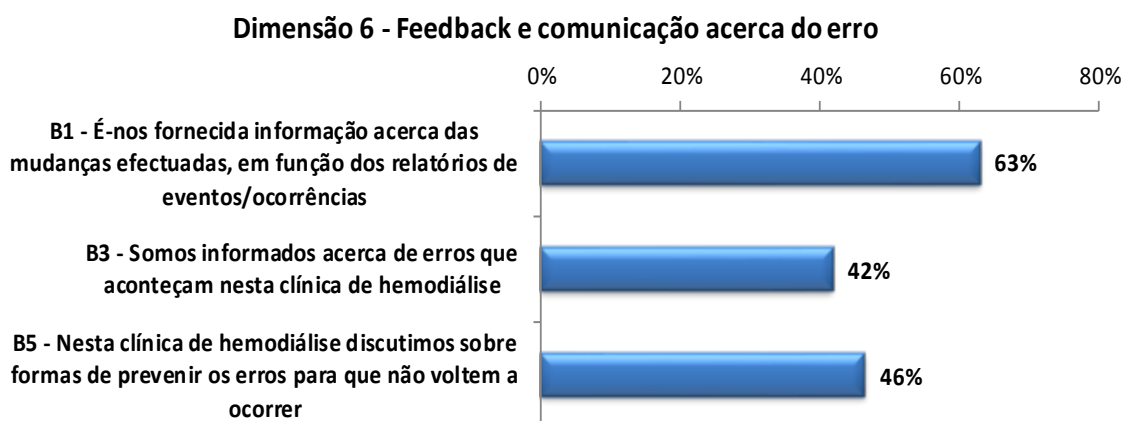
### **Dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro”**

A dimensão relativa ao “feedback e comunicação acerca do erro” apresentou uma média de 50% de concordância, sendo por esse motivo uma dimensão problemática, principalmente porque na questão B1, 63% das respostas afirmam que na “maioria das vezes” transmite-se informação acerca das mudanças efetuadas, contudo uma taxa de 22% das respostas refere “por vezes” os erros

ocorrem no serviço (B3). Apenas 43% afirma ser informado, sendo que existe a mesma percentagem de 43% de respostas a referir que por vezes é informado. Os colaboradores (46%) consideram ainda, que se discutem formas de prevenir os erros (B5), porém fica também a nota de que nesta questão a taxa de respostas “por vezes” é igualmente elevada (36%).

Com os valores percentuais apresentados anteriormente, confirma-se que a dimensão é preocupante e que a Clínica deve procurar novas estratégias de comunicação, para que se dê o feedback aos colaboradores acerca dos erros e também para permitir a discussão sobre formas de os prevenir.

**Gráfico 16 – Dimensão 6 Feedback e comunicação acerca do erro**

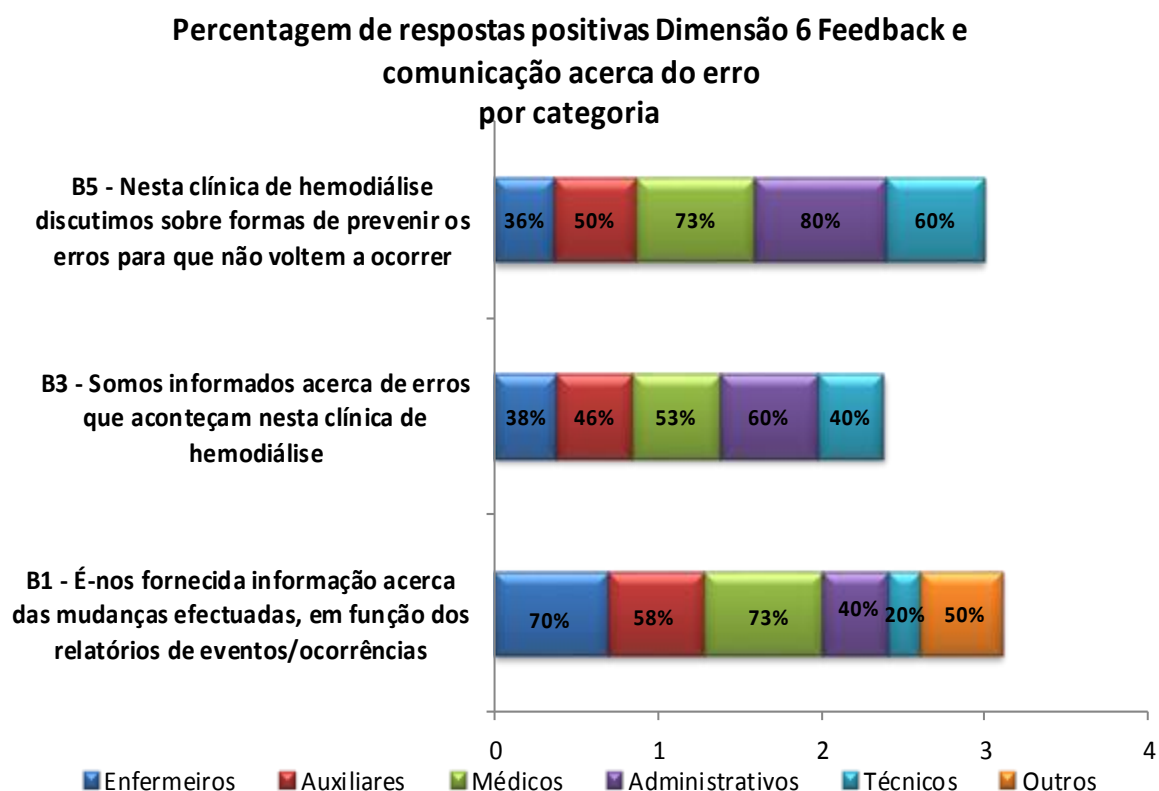


Analisando a dimensão “feedback e comunicação acerca do erro” por categoria profissional depreendemos que as questões B5 e B3 que afirmam que “nesta Clínica de hemodiálise discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer” e “somos informados acerca de erros que aconteçam nesta Clínica de hemodiálise” são as com menor concordância para os enfermeiros, com valores mais baixos, 36% e 38%, respetivamente.

Já os médicos acabam por ter valores percentuais baixos em todas as questões: B5 – 50%; B3 – 46% e B1 – 58%. O que pode indicar que esta categoria profissional está descontente com a falta de feedback e comunicação acerca do erro. O que impele a necessidade de se reverem os canais de comunicação não só no sentido dos gestores para os profissionais como entre categorias profissionais.



**Gráfico 17 - Dimensão 6 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



### **Dimensão “Abertura na comunicação”**

Os colaboradores consideram que a “abertura na comunicação” é um aspeto da CSD que necessita claramente de intervenção para promover melhorias (50%), pelo que se considerou uma dimensão crítica. Dentro desta dimensão, verificou-se que 40% dos colaboradores não se sentem à vontade para questionar as decisões dos superiores hierárquicos, revelando-se como um indicador crítico (B4).

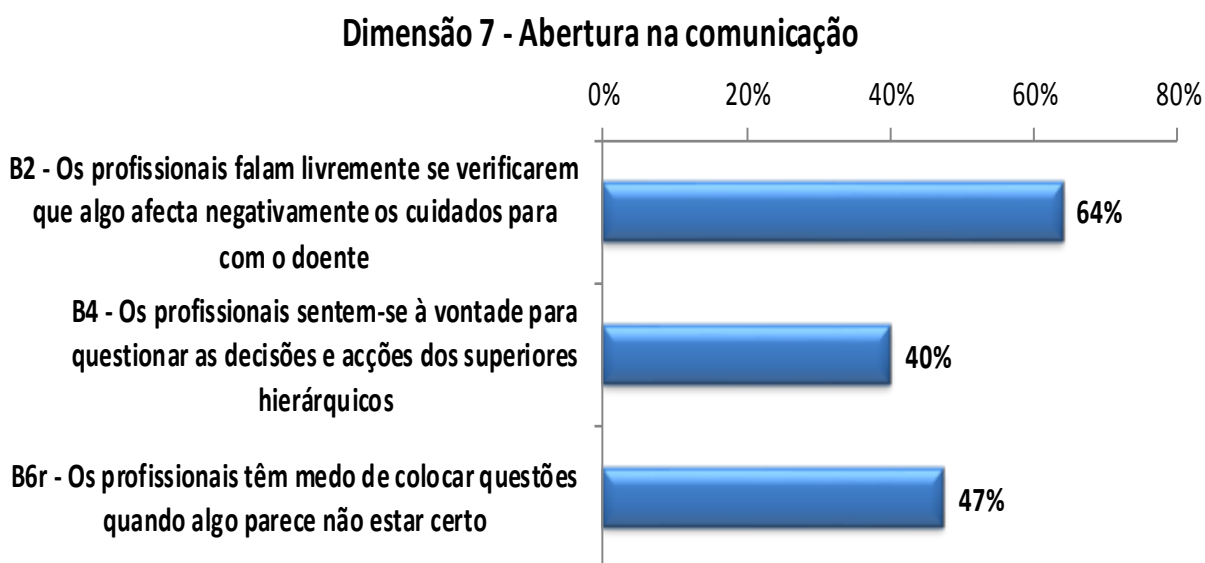
Para além disto, apenas 47% dos colaboradores não sente medo em colocar questões quando algo não parece correto (B6). Apenas 64% dos colaboradores consideram que falam livremente quando algo afeta negativamente o doente (B2).

Reforçando estes resultados surgem as respostas neutras com bastante peso na dimensão: 27% (B2), 28% (B4) e 33% (B6).

Claramente, os canais de comunicação necessitam ser abertos para que se fale sem medo e livremente sobre questões relacionadas com a prestação de

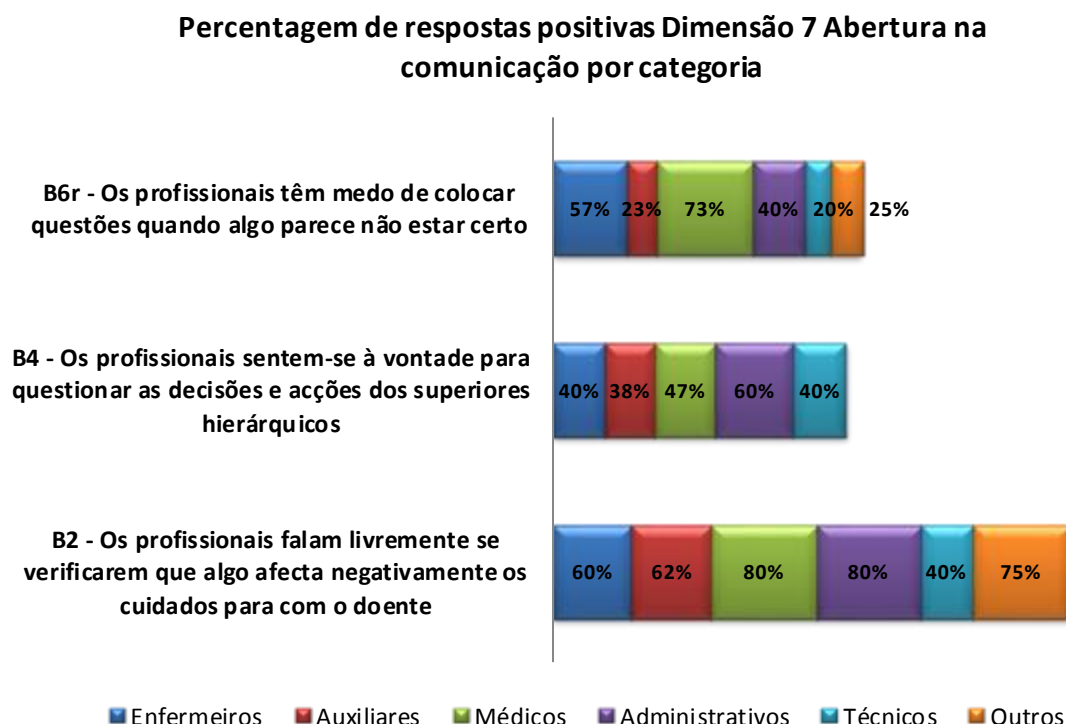
cuidados aos doentes, tanto entre pares como com a chefia direta que tem um papel fundamental na manutenção de um ambiente que permita a comunicação em prol da melhoria dos cuidados prestados e consequentemente da segurança dos doentes.

**Gráfico 18 – Dimensão 7 Abertura na comunicação**



Analisando a dimensão “abertura na comunicação” por categoria profissional depreendemos que o grupo profissional dos auxiliares tem as menores taxas de concordância em todas as questões, principalmente no que concerne ao medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (B6r – revertida). Já o grupo dos enfermeiros apresenta uma taxa de concordância menor à questão B4 onde apenas 40% dos profissionais se sentem à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos.

## Gráfico 19 - Dimensão 7 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional



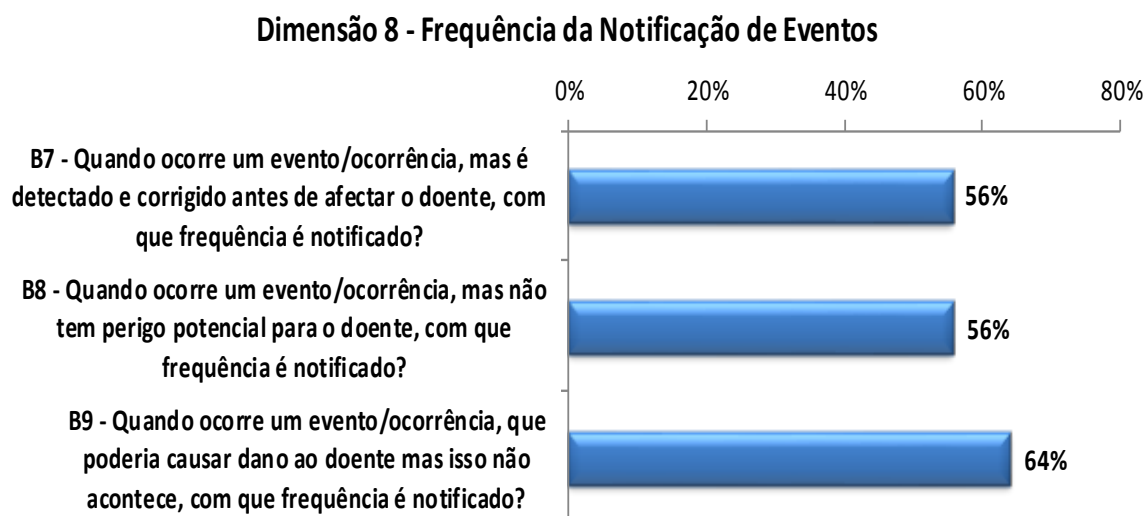
### Dimensão “Frequência da notificação de eventos”

Também a “frequência da notificação de eventos” apresentou uma média de 58% de respostas positivas (“a maioria das vezes” e “sempre”), levando a concluir que os colaboradores a consideram como uma dimensão a necessitar de intervenção na CSD.

De facto, somente 56% dos colaboradores afirma notificar frequentemente eventos que são corrigidos antes de afetar o doente (B7), outros 56% revelam notificar eventos sem perigo potencial para o doente (B8) e com um valor um pouco mais elevado (64%), referem notificar eventos que poderiam causar dano ao doente mas não acontecem (B9).

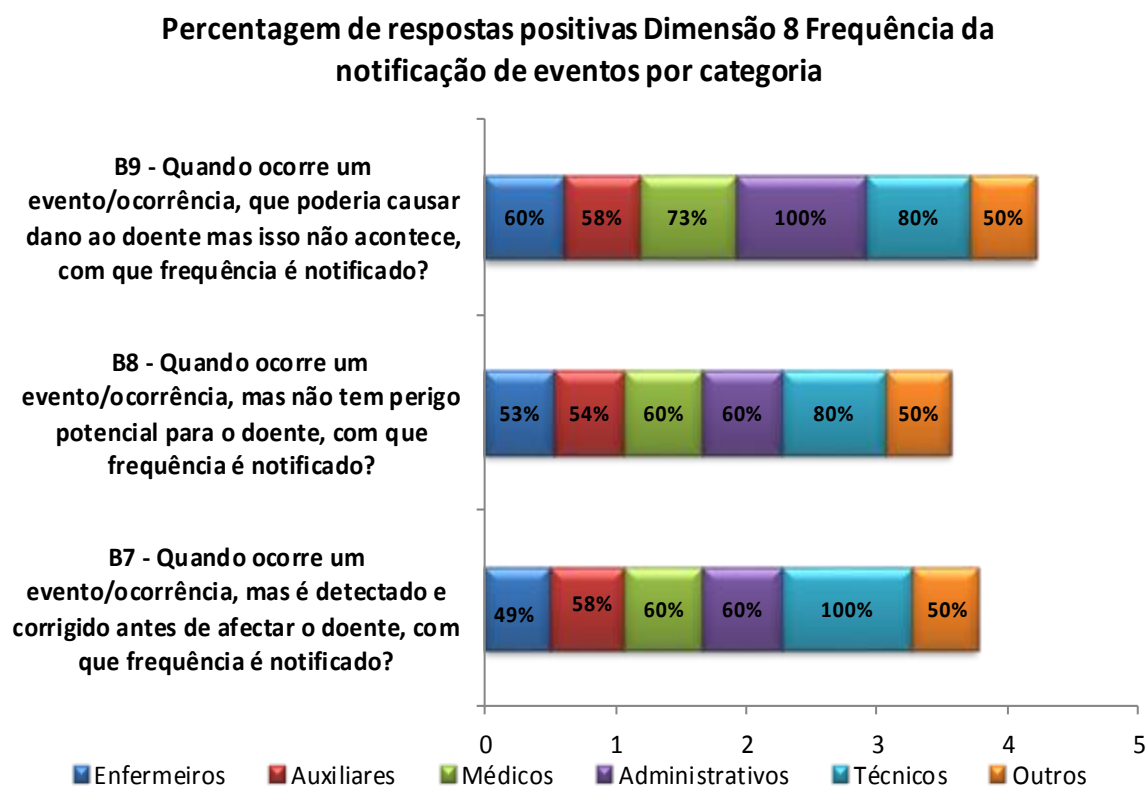
Contudo é de salientar que o número de respostas “por vezes” é muito elevado nesta dimensão, o que vem corroborar a ideia de que não há certeza de quantos erros há: 34% (B7), 31% (B8) e 26% (B9).

**Gráfico 20 – Dimensão 8 Frequência da Notificação de Eventos**



Analisando a dimensão “frequência da notificação de eventos” por categoria profissional depreendemos que a pergunta com maior concordância em todas as profissões é a que dá resposta à pergunta B9 que afirma que quando ocorre um evento, que poderia causar dano ao doente mas não acontece, na “maioria das vezes” esse evento é notificado. O que apesar de tudo representa um ponto favorável a ter em conta pelos gestores por forma a utilizar estrategicamente estas notificações como forma de prevenir a ocorrência de eventos, bem como a delinear estratégias de melhoria da prática de cuidados.

**Gráfico 21 - Dimensão 8 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



### **Dimensão “Trabalho entre as unidades”**

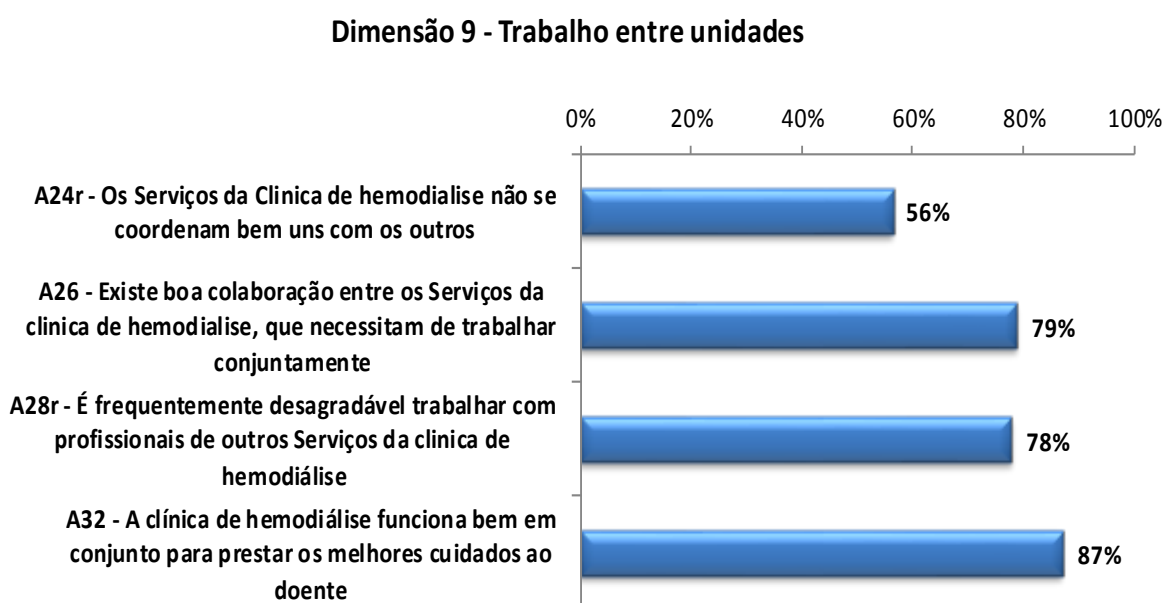
No que se refere ao “trabalho entre as unidades” os profissionais encaram-no como uma dimensão forte com uma média de 75% de respostas positivas. Isto deve-se essencialmente ao fato de 87% dos colaboradores verem como positivo o funcionamento conjunto da Clínica de hemodiálise para prestar os melhores cuidados aos doentes (A32r - revertida).

Ainda, 79% dos colaboradores considera positiva a colaboração entre os serviços (A26) e 78% refere que não é desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços (A28r - revertida).

Por último a questão (A24r – revertida) com uma percentagem mais baixa (56%) de respostas positivas vem revelar que os colaboradores sentem que os Serviços da Clínica de hemodiálise coordenam-se bem uns com os outros, apesar

de nesta questão a percentagem de respostas neutras ser significativa (21%) e ainda 15% considera que os serviços não se coordenam bem. Pelo que, uma vez mais, cabe aos órgãos de gestão da Clínica e em particular de cada serviço, traçar estratégias para melhorar a colaboração e o trabalho entre unidades, já que no caso da Clínica, os serviços estão interligados (diálise, centro de acessos vasculares e diálise autónoma domiciliária).

**Gráfico 22 – Dimensão 9 Trabalho entre unidades**

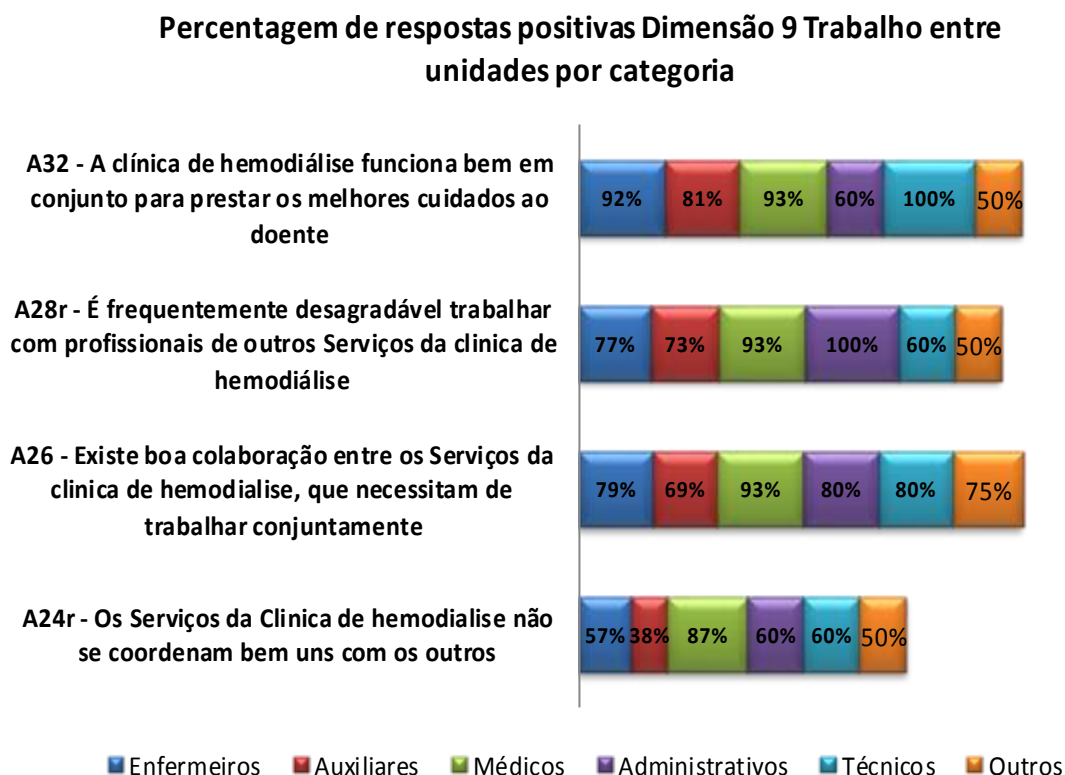


Analisando a dimensão “trabalho entre unidades” por categoria profissional percebemos que estas apresentam valores mais baixos na questão referente à coordenação em conjunto dos serviços da Clínica (A24r)), como se constata no gráfico seguinte.

Nas restantes questões os valores percentuais são mais homogêneos e significativamente mais elevados.

Contudo os médicos apresentam as maiores taxas de concordância em todas as questões desta dimensão, transparecendo que estes profissionais têm uma perceção oposta às restantes categorias profissionais analisadas.

### Gráfico 23 - Dimensão 9 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional



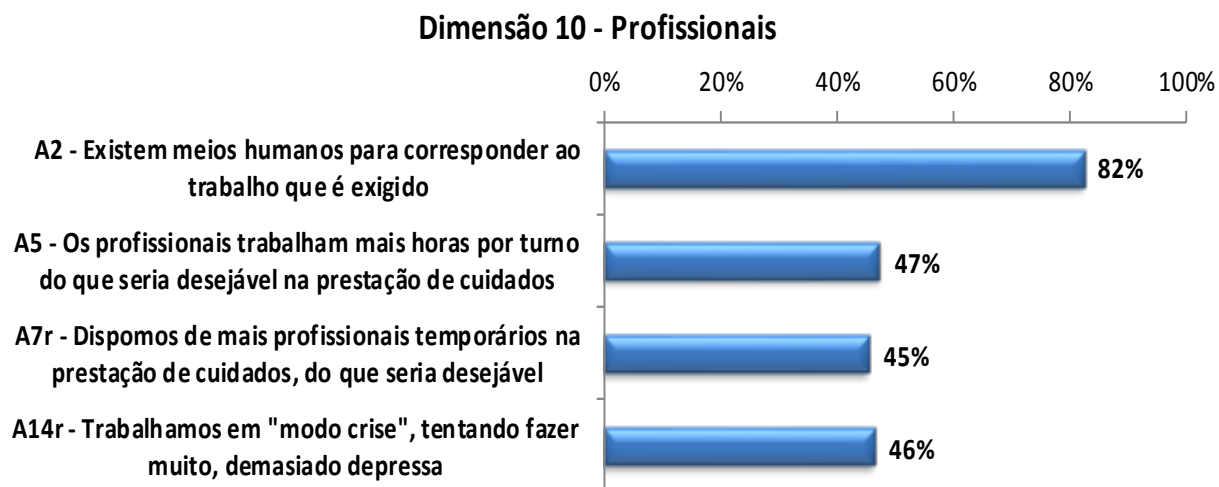
#### Dimensão “Profissionais”

No que concerne à dimensão dos “profissionais”, esta revelou-se também como uma dimensão a necessitar de intervenção (55%). Apesar de 82% dos colaboradores considerarem que existem meios humanos para corresponder ao exigido (A2), 47% refere que estes trabalham mais horas do que o desejável na prestação de cuidados (A5), e ainda 46% afirma que se trabalha em “modo crise” tentando fazer muito demasiado depressa (A14), porém 21% das respostas dadas são neutras.

Simultaneamente 45% são da opinião de que existem mais trabalhadores temporários do que o desejável (A7) e ao mesmo tempo 22% dos colaboradores não tem uma opinião formada, respondendo de forma neutra a esta questão.

Ainda na questão A5 regista-se a maior taxa de respostas neutras – 28%, que pode transparecer alguma dificuldade ou incerteza dos colaboradores em responder o que pensam.

**Gráfico 24 – Dimensão 10 Profissionais**

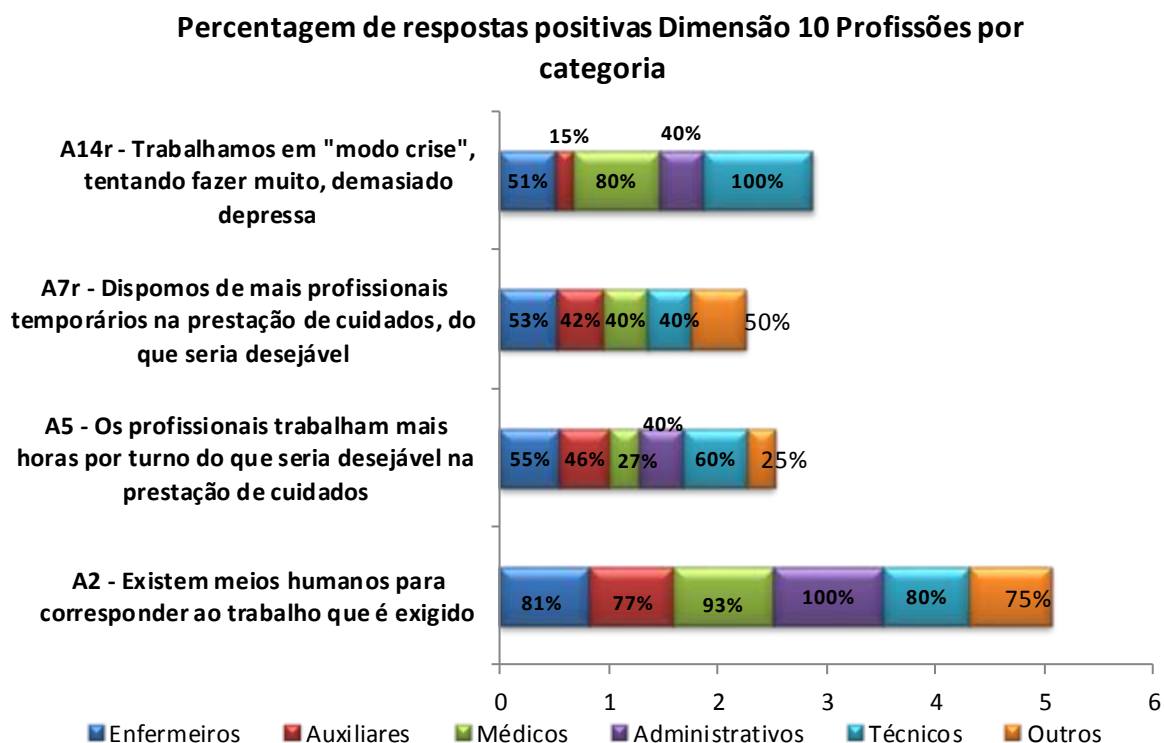


Analisando a dimensão “profissionais” por categoria profissional depreendemos que a pergunta com maior taxa de concordância em todas as profissões é a que dá resposta à pergunta A2 que afirma que existem meios humanos para corresponder ao trabalho exigido.

Contudo os restantes itens não chegam a obter 50% de concordância dos profissionais, o que indica que se trabalha em “modo crise”, com “mais profissionais temporários do que desejável” e “mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” e ainda que estas questões são de resposta unânime em todas as categorias profissionais.



**Gráfico 25 - Dimensão 10 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



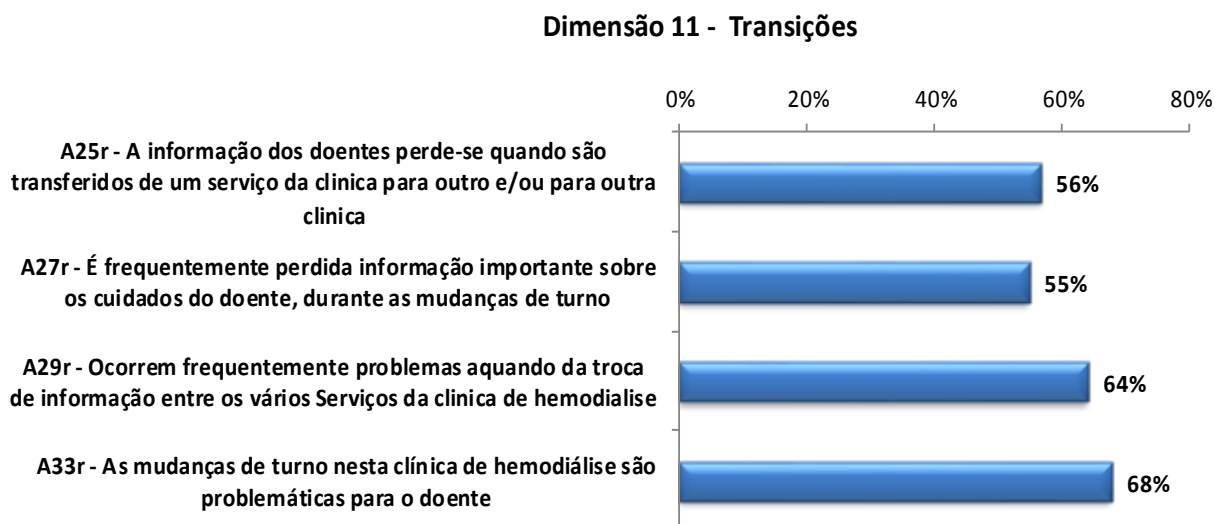
### Dimensão “Transições”

Por outro lado, o aspeto das “transições” revela uma dimensão que necessita de intervenção (61%), pois apenas 68% dos colaboradores afirmam que as mudanças de turno não são problemáticas para o doente (A33r - revertida) e apenas uma percentagem de 55% afirma que não se perde informação importante durante a mudança de turno (A27r - revertida). Pouco mais de metade dos colaboradores (64%) considera que não existem problemas na troca de informação entre os vários serviços (A29r – revertida), e que não se perde informação nas transferências de serviço (56%) (A25r - revertida).

Na Clínica as mudanças de turno também são definidas pela alternância de doentes, logo apesar dos profissionais serem os mesmos os doentes só fazem um turno (um tratamento), pelo que a questão da perda de informação relativa aos doentes não se constata. O que pode estar expresso nos valores percentuais de respostas neutras em todas as questões: A25r – 20%, A27r – 19%, A29r – 23% e

A33r – 15%, por não se identificar estes procedimentos na Clínica de hemodiálise (serviço ambulatorio), como acontece regularmente no contexto hospitalar (internamento).

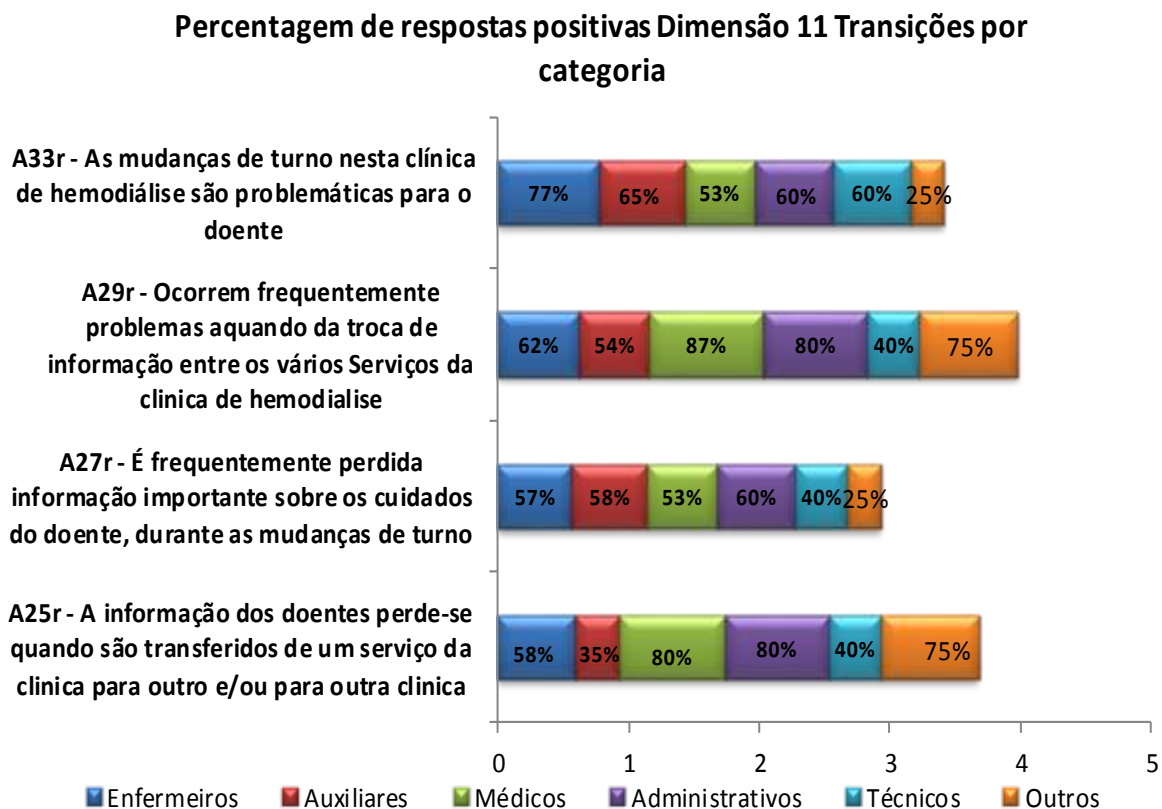
**Gráfico 26 – Dimensão 11 Transições**



Analisando a dimensão “transições” por categoria profissional depreendemos que a pergunta com maior taxa de concordância não é unânime em todas as categorias profissionais, pelo que para os enfermeiros e auxiliares a maior percentagem de respostas positivas considera que (A33r) “as mudanças de turno na Clínica de hemodiálise são problemáticas para o doente”, enquanto as restantes categorias profissionais concentram as perceções mais críticas na questão A29r que afirma que “ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços da Clínica de hemodiálise”.

É importante referir que o fluxo de trabalho nas passagens de turno é muito elevado na Clínica (saída de doentes de um tratamento e entrada de doentes do turno seguinte para realizar tratamento de diálise), ao contrário do que habitualmente acontece nos hospitais onde no momento de passagem de turno os enfermeiros termina um turno passando a informação dos doentes, que estão e continuam no serviço, aos colegas que os vêm render.

**Gráfico 27 - Dimensão 11 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



### **Dimensão “Resposta não punitiva ao erro”**

Por fim, a dimensão “resposta não punitiva ao erro” revelou-se a dimensão mais problemática/crítica com uma média de respostas positivas de 37%. Para os profissionais, aquando de um evento, somente 43% sentem que não são o alvo de atenção ao invés do problema em si, porém 25% considera que sim e ainda 30% opta por responder de forma neutra (A12r - revertida), não concordando nem discordando.

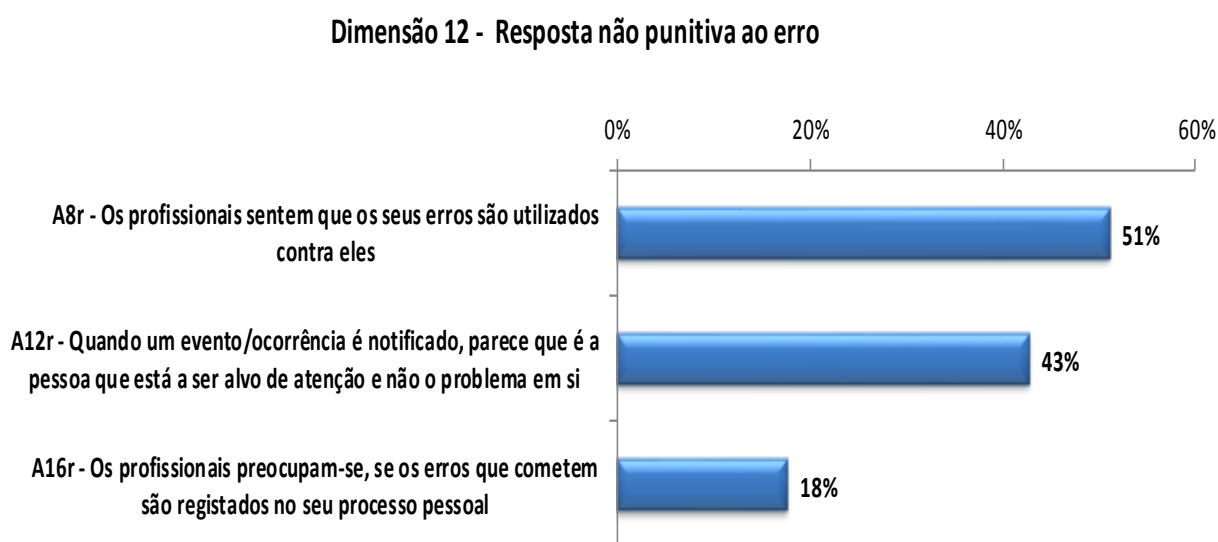
Apenas metade dos colaboradores (51%) considera que os erros não são utilizados contra eles (A8r - revertida), porém e apesar de apenas 16% considerar que sim, o destaque é dado ao valor percentual elevado de respostas neutras – 30%.

Por fim, uma percentagem de apenas 18% dos profissionais não se preocupa com o facto dos erros cometidos serem registados nos seus processos pessoais

(A16r - revertida), o que contrasta com os 48% de profissionais que se preocupa. Ainda 22% prefere responder de forma neutra a esta questão (A16r).

Esta é a dimensão com maior percentagem de respostas neutras (30%, 22% e 30%) o que pode ser mais um indicador de receio em responder ou desconhecimento de opinião.

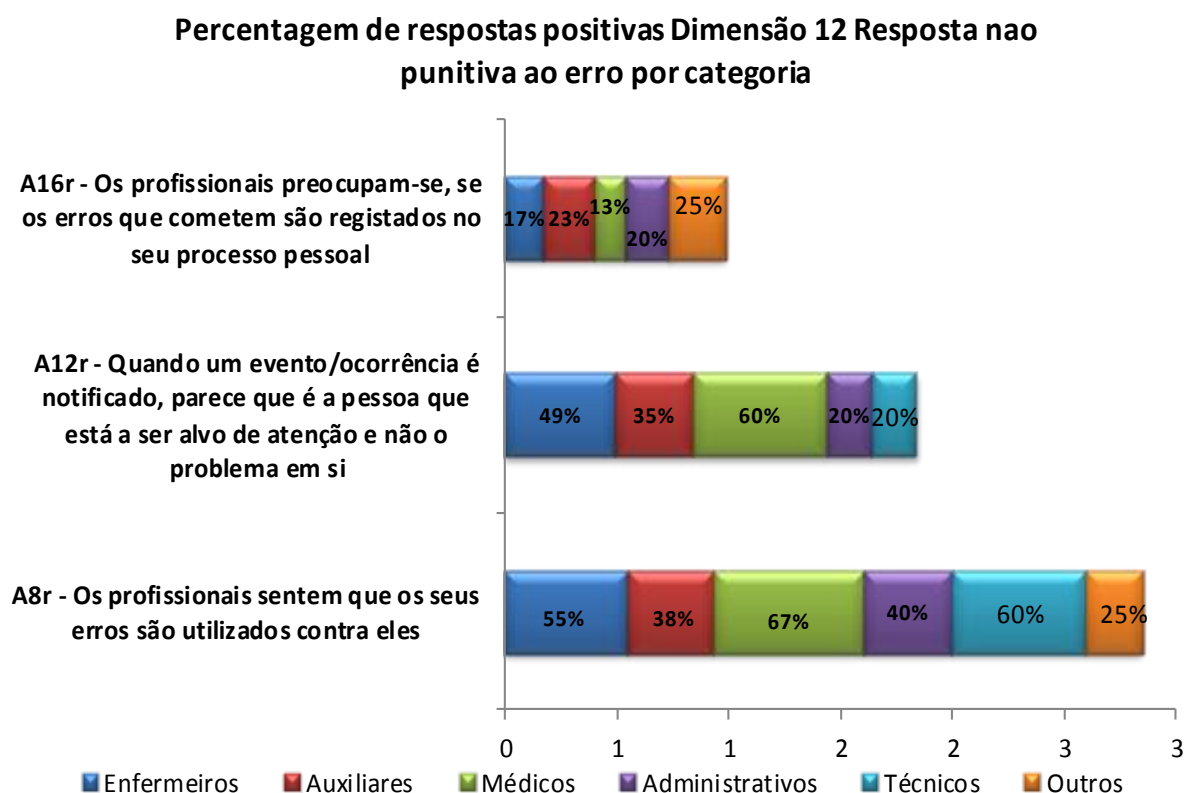
**Gráfico 28 – Dimensão 12 Resposta não punitiva ao erro**



Analisando a dimensão “resposta não punitiva ao erro” por categoria profissional depreendemos que a pergunta que concentra a maior concordância em todas as profissões é a que dá resposta à pergunta A8 que afirma que os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles, apesar do grupo dos auxiliares manter sempre valores percentuais baixos em todas as questões.

Por último é de salientar que o grupo profissional dos médicos revela um valor muito baixo (13%) de respostas positivas à questão A16r o que confirma que neste grupo a maioria se preocupa que os erros sejam registados no seu processo.

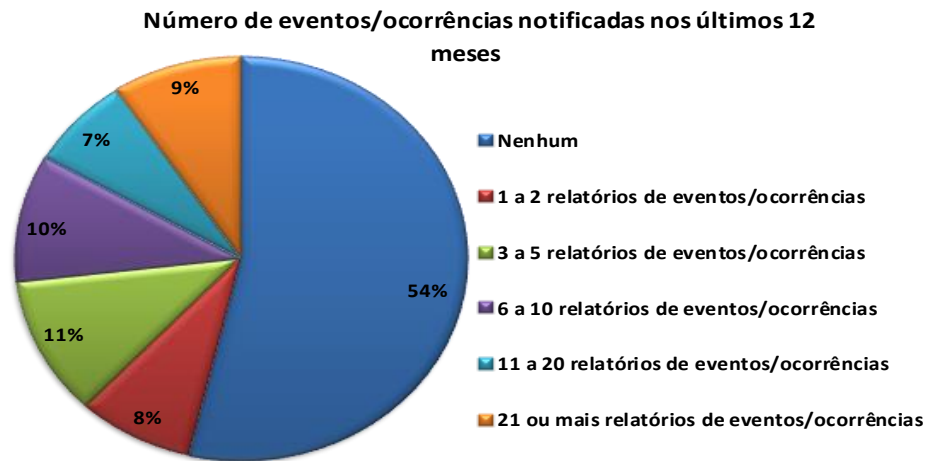
**Gráfico 29 - Dimensão 12 Percentagem de respostas positivas por categoria profissional**



### 2.3 Número de eventos e ocorrências notificadas

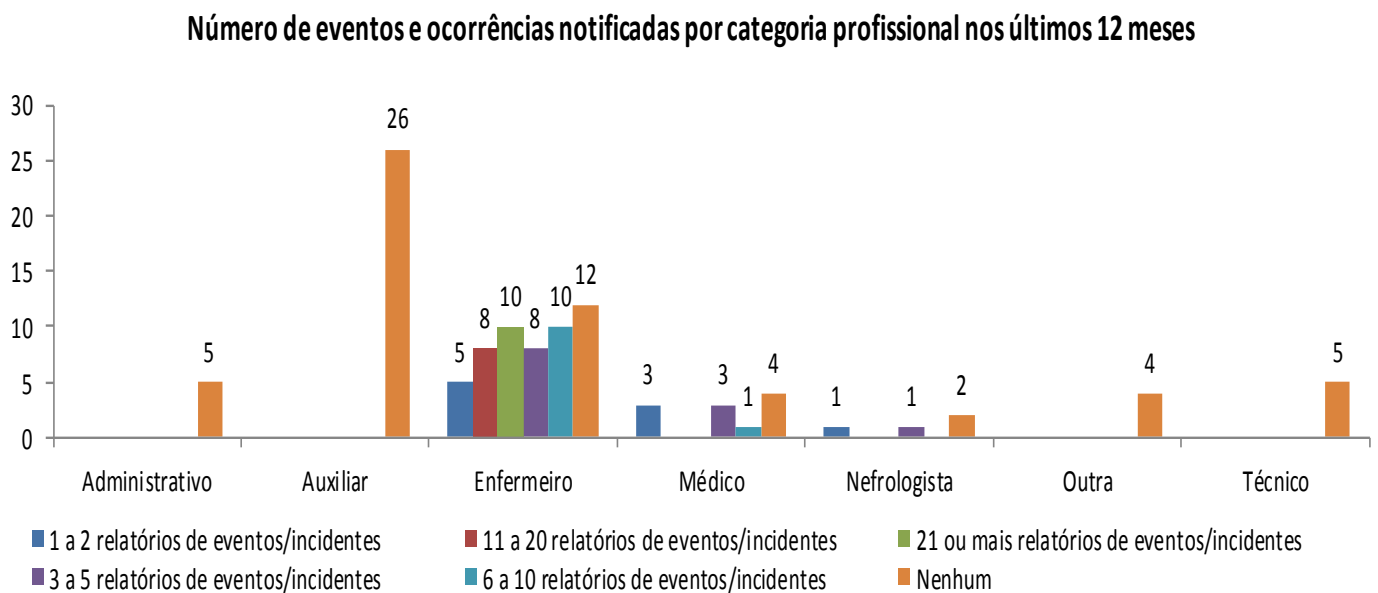
Quando questionados sobre a quantidade de relatórios de eventos/ocorrências que preencheram, nos últimos 12 meses, 54% refere “nenhum”, 11% refere 3 a 5, 10% refere 6 a 10 relatórios, 7% afirma ter feito entre 11 e 21 relatórios e, por último, 9% revela ter feito mais de 21 relatórios no último ano.

**Gráfico 30 – Número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses**



Apesar da esmagadora maioria (54%) dos colaboradores não ter feito nenhum relato de eventos/ocorrências no último ano, ainda assim, analisando o relato de eventos por categoria profissional, depreende-se que dos 46% de notificações feitas, os enfermeiros foram a categoria que mais notificações fizeram.

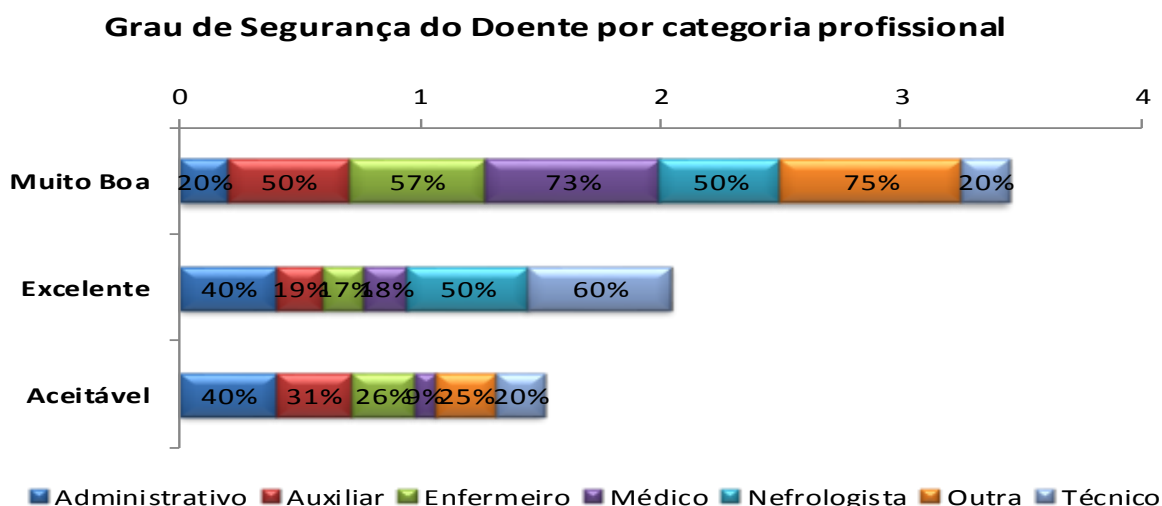
**Gráfico 31 - Número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses, por categoria profissional**



## 2.4 Avaliação global da SD do serviço

A avaliação que os colaboradores fizeram da SD do próprio serviço variou entre aceitável (25%), muito boa (54%) e excelente (21%), sendo que a perceção da maioria dos Enfermeiros (57%), Médicos (73%) e Auxiliares (50%) sobre o grau de SD é “muito boa”.

**Gráfico 32 – Perceção dos colaboradores por categoria profissional sobre o grau de segurança do doente**

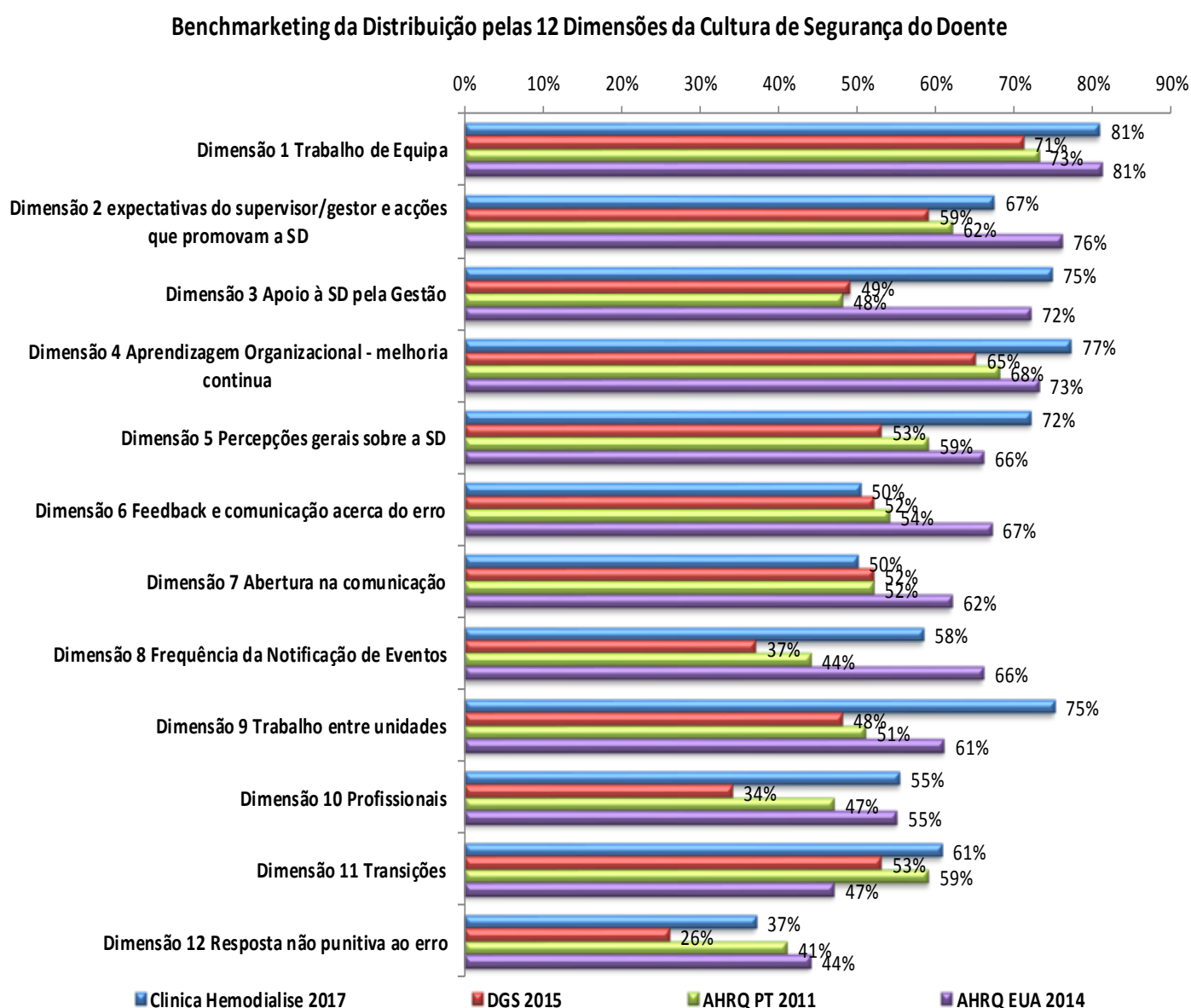


Tendo em conta que o questionário foi traduzido e validado para Portugal e permite realizar exercícios internacionais de *benchmarking*, considerando que está traduzido em pelo menos 23 línguas e está a ser utilizado em cerca de 41 países, foi feita uma análise nesse sentido e comparativamente a outros estudos realizados entre 2011 e 2015, os resultados obtidos nas 12 dimensões são semelhantes aos obtidos no estudo dos EUA em 2014, apesar de nas dimensões 6, 7 e 9 serem completamente opostos, ou seja muito mais baixos nas dimensões 6 (50% - 67%) e 7 (50% - 62%) e muito mais elevados na dimensão 9 (75% - 61%).

Comparando com um estudo mais recente da DGS em 2015 em inúmeros hospitais portugueses, a realidade é muito diferente, sendo que apenas se

aproximam os valores na dimensão 6 (50% - 52%) e 7 (50% - 52) e nas restantes dimensões avaliadas na Clínica os valores são sempre mais elevados.

**Gráfico 33 – Benchmarking da Distribuição pelas 12 Dimensões da Cultura de Segurança do Doente**





## **2.5 Comentários dos Participantes**

Foi ainda dada a oportunidade aos participantes fazerem um comentário sobre a SD, dos quais apenas 12 colaboradores fizeram. Tal como Sorra & Nieva (2004) sugerem, os comentários foram codificados em comentários positivos (onde os profissionais abordam os esforços dos seus serviços) e em comentários negativos (onde são abordados aspetos que os profissionais consideram que têm que ser aprimorados).

Assim, 5 comentários revelaram-se positivos, focando nos seguintes temas “Procedimentos existentes permitem a segurança do doente”, “Os profissionais são tratados com respeito e dignidade”, “Há um grande cuidado, que é louvável, com a segurança dos doentes” e “Os doentes desta Clínica são bem vigiados”.

Os restantes 7 comentários revelaram-se negativos e debruçaram-se essencialmente sobre sugestões de melhoria a nível informático, rácios de 4 doentes por enfermeiro para prestar melhores cuidados aos doentes, críticas à quantidade de registos e plataformas existentes que “roubam” tempo à prestação de cuidados aos doentes e ainda a correta de manutenção dos equipamentos

### **3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este estudo sobre a CSD foi pioneiro em Portugal no contexto onde foi aplicado – uma Clínica de hemodiálise - uma vez que até à data da aplicação deste HSOPSC, não foram encontrados resultados de estudos nesta área de prestação de cuidados.

Para a realização do estudo foi disponibilizado o questionário em formato digital a todos os colaboradores da Clínica tendo-se obtido uma taxa de adesão ao questionário de 73% o que corresponde a uma amostra de 108 num total de 148 colaboradores. Esta taxa é considerada boa, e assim representativa do reflexo da cultura de segurança do doente na organização em estudo, opinião que as autoras Sorra & Nieva (2004) consideram de confiança. As mesmas realçam a importância de obter uma taxa de resposta alta para poder generalizar os resultados da pesquisa para a Clínica. Estas avaliações poderão ser usadas para inferir algo sobre uma determinada população, por isso devem existir respostas suficientes para representar fielmente o contexto e permitir legitimamente apresentar os resultados da pesquisa como um reflexo da cultura de segurança da organização. As autoras referidas anteriormente consideram que uma taxa global de 50% deve ser a meta mínima do investigador, e quanto maior for a taxa de resposta maior é a confiança de que tem uma representação adequada dos pontos de vista dos profissionais (Sorra & Nieva, 2004).

Para realizar esta análise e discussão dos dados obtidos foram considerados os estudos mais recentes sobre o HSPSC, realizados em contexto hospitalar, uma vez que no contexto das Clínicas não foram identificados estudos para comparação. Assim a análise incidiu sobre estudos de 2012 (EUA), 2013 (China), 2014 (A.S. - Riyadh), 2015 (Portugal) e 2016 (estudos comparativos pela AHRQ).

Na sua maioria a amostra é do género feminino (77%), resultado este que é transversal a todos os estudos analisados sobre a mesma temática. Já as idades são na sua maioria acima dos 45 anos de idade (47%). O grupo profissional em maioria são os enfermeiros com uma percentagem de 49% de respostas.

O grau de segurança do doente na organização foi considerado por um número significativo de inquiridos (54%) como “muito bom”, seguindo-se de menos

de metade (25%) que o consideram “aceitável”. Os restantes 21% consideram “excelente” o grau de segurança do doente na Clínica em estudo. Estes resultados são semelhantes aos encontrados nos diversos estudos analisados, em que a maioria dos inquiridos tem uma perceção positiva do grau de segurança do doente. À semelhança deste estudo, o estudo de Sorra et al. (2012) tem um grau de segurança considerado como “excelente” por 29% dos respondentes e “muito bom” por 43%. Este resultado traduz uma evolução pois o estudo de Sorra & Nieva (2004) obteve resultados inferiores, reforçando a ideia de que a avaliação da cultura de segurança do doente vai ajudar as organizações a alcançar melhorias dentro da sua agenda de governação clínica. Ainda na Clínica de hemodiálise o resultado a esta questão é semelhante ao que o Hospital Survey Report de 2016 sugere, com 42% dos inquiridos a responder que consideram as organizações onde trabalham como “muito boas” e ainda 32% como “excelentes” (Famolaro et al., 2016).

Relativamente à análise das 12 dimensões do questionário, a dimensão com maior percentagem positiva foi a “trabalho de equipa” com 81%, sendo esta a dimensão com maior percentagem positiva também em todos os estudos analisados.

Praticamente todas as atividades realizadas nas organizações de saúde são desenvolvidas no seio das equipas e envolvem pessoas com conhecimentos diferentes que têm de cooperar nas mesmas tarefas, pelo que o trabalho em equipa influencia o comportamento dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente.

Como dimensões positivas, ou seja com percentagens positivas acima dos 75%, temos a dimensão “transições” (75%), que é considerada uma dimensão forte. No entanto o resultado desta dimensão na Clínica de hemodiálise acaba por ser contrária à do estudo realizado em 2015 num hospital de Lisboa, com um valor crítico de 46% de respostas positivas. Nos restantes estudos esta dimensão é vista com necessidade de intervenção, com percentagens a rondar os 58% (EUA) e os 66% (China).

Identificaram-se também as dimensões “apoio à SD pela gestão” (75%), e a “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” (77%) como dimensões fortes. No estudo de 2015 realizado num hospital português, o resultado destas duas dimensões é claramente diferente, tendo o “apoio à SD pela gestão” uma percentagem positiva de apenas 32% e a “aprendizagem organizacional – melhoria

contínua” um valor percentual de 63%. Contudo, outros estudos acabam por ter resultados semelhantes aos identificados na Clínica, que é exatamente o constatado pelo estudo realizado nos Estados Unidos da América (72% e 75%, respetivamente), China (69% e 88%, respetivamente) e pelo estudo comparativo de 2016 pela AHRQ (72% e 73%, respetivamente).

Os resultados agora encontrados vêm, assim, evidenciar que a segurança do doente é seguramente um ponto de preocupação da gestão desta Clínica e que a mesma promove uma aprendizagem organizacional neste sentido.

Relativamente ao “apoio à SD pela gestão” apesar de ser uma dimensão forte com 75% de positividade, na questão A31r – “A direção clínica parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade” - uma percentagem considerável (26%) de colaboradores não concorda com a afirmação e ainda 16% dos colaboradores manifesta uma opinião neutra, pelo que parece que existe necessidade de intervenção por parte da gestão na tentativa de assegurar a SD não só quando algo acontece, mas também apostar na prevenção para evitar que essas adversidades ocorram.

É um facto que a perceção que os colaboradores têm sobre o apoio dado pela direção quanto à segurança existe, mas no entanto há uma cultura penalizadora? Parece que o problema pode não estar na direção, mas sim nas chefias intermédias, que gerem os serviços num ambiente onde os canais de comunicação são ainda unilaterais sem margem para a abertura e numa valorização mais de quem erra do que da aprendizagem com o erro.

Uma das dimensões com valores muito díspares é a das “expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD”, que na Clínica é encarada com necessidade de intervenção, apesar dos 67% de respostas positivas. Contudo em estudos de anos anteriores, apesar do contexto ser diferente, desce para os 57% em 2015 (Portugal) e no estudo de 2016 é evidenciado como uma dimensão forte com 78% de respostas positivas. Ainda assim, o resultado do estudo na Clínica encontra-se na média das respostas positivas sugeridas quando comparado com outros resultados. No entanto fica a ressalva que a taxa de respostas neutras para as questões A20 (23%) e A21r (23%) é elevada. Isto pode sugerir que os colaboradores ou não têm uma opinião formada sobre o seu superior hierárquico ou podem não querer manifestá-la.

As dimensões críticas identificadas foram: “feedback e comunicação do erro” (50%), “Abertura na comunicação” (50%) e, por último, a “resposta ao erro não punitiva” (37%).

A dimensão “feedback e comunicação do erro” com 50% está no limiar de ser crítica/problemática, tal como no estudo de 2013 realizado num hospital na China que obteve uma taxa de concordância de 50%. Nos restantes estudos analisados as percentagens foram dos 55% (Portugal) a 64% (EUA) e 68% no estudo comparativo de hospitais de 2016. O que leva a crer que no seio desta organização os colaboradores ainda sintam que os erros não são discutidos abertamente o que potencia a possibilidade que se repitam os mesmos erros. Esta dimensão parece estar relacionada com a “abertura na comunicação”, que por sinal é igualmente uma dimensão crítica nesta Clínica.

Porém, 63% das respostas afirmam que na “maioria das vezes” se transmite informação acerca das mudanças efetuadas (B1), contudo 22% das respostas revelam que só “por vezes” se dá feedback acerca dos erros que ocorrem no serviço (B3). Apenas 43% afirma ser informado, sendo que existe a mesma percentagem (43%) de respostas neutras que afirma que só “por vezes” são informados. Os colaboradores (46%) consideram ainda, que se discutem formas de prevenir os erros (B5), porém também se constata que nesta questão a taxa de respostas “por vezes”, é elevada 36% (B5). Com estes valores percentuais de respostas positivas baixas e neutras elevadas, confirma-se que a dimensão é preocupante para os colaboradores e que a Clínica deve procurar novas estratégias de comunicação, para que se dê o feedback aos colaboradores acerca dos erros e também para permitir a discussão sobre formas de os prevenir.

De entre os estudos analisados, a dimensão “resposta ao erro não punitiva” é considerada problemática em todos os estudos com exceção do realizado na China, cuja percentagem de respostas positivas chega aos 60%. Na Clínica esta é a dimensão mais crítica (37%). Nos restantes estudos varia entre 18% (Portugal, 2015) e 45% (AHRQ, 2016). O problema do erro humano apresenta duas abordagens, uma na pessoa e a outra no sistema. A abordagem na pessoa, a que tem marcado mais o passado, era baseada no erro acusando-a de esquecimento, desatenção, falta de motivação e cuidado, negligência e imprudência, contudo, pelos resultados obtidos, esta abordagem parece continuar a imperar. Nesta dimensão, a

percentagem de respostas neutras é muito significativa (22% e 30%), o que pode ser mais um indicador de receio em responder ou desconhecimento de opinião.

Por sua vez, a abordagem ao sistema tem como premissa básica que os seres humanos são falíveis e erros acontecem, mesmo nas melhores organizações. Os erros são vistos como consequências e não causas, tendo origem não só na natureza humana mas também em fatores do sistema a montante. No pressuposto de que não podemos mudar a condição humana mas podemos mudar as condições em que os seres humanos trabalham, cada vez mais se valoriza a abordagem ao sistema sendo que se concentra nas condições de trabalho dos profissionais e tentam-se construir defesas para evitar erros ou diminuir as suas consequências. Quando um evento adverso ocorre a questão importante não é quem errou mas como e porquê essas defesas falharam. É aqui que o papel dos gestores se evidencia, serão estes os líderes capazes de alterar a cultura existente? Conseguirão estes líderes substituir a CSD existente por uma onde os erros são vistos como catalisadores de mudança e melhoria e não como forma de punição? Certo é, que são estes os profissionais que devem assumir a liderança dos processos relativos à segurança, definindo estratégias que transformem a cultura penalizadora vigente numa cultura em que os erros possam ser encarados como catalisadores de mudança e melhoria.

Neste âmbito surge outra dimensão problemática: “abertura na comunicação” (50%). Torna-se claro que nesta Clínica ainda impera uma abordagem ao erro tradicional, ou seja, centrada na pessoa, o que em comparação com os estudos analisados está aquém dos resultados apresentados. Nos demais estudos a média de respostas positivas é de 56%, pelo que varia entre 43% (Riyadh) e 65% (China). A falta de comunicação foi documentada como um risco de segurança chave que tem um grande potencial de danos para o doente. Os dados da Joint Commission sugerem que aproximadamente 63% dos eventos adversos estão diretamente ligados a falhas de comunicação (The Joint Commission, 2011). A falta de comunicação entre o pessoal das Clínicas diálise e outros também pode contribuir para falhas de segurança. As diferenças na forma como se cuida e a própria prestação de serviços dos profissionais e dos serviços, oferecem grandes oportunidades para erros de comunicação (Leonard et al., 2004). Claramente, os canais de comunicação necessitam ser abertos para que se fale sem medo e

livremente sobre questões relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes, tanto entre pares como com a chefia direta que tem um papel fundamental na manutenção de um ambiente que permita a comunicação em prol da melhoria dos cuidados prestados e consequentemente da segurança dos doentes.

Ao contrário do identificado pelo relatório da AHRQ (2014) como sendo uma dimensão crítica (48%), as “Transições” foram melhor avaliadas nesta Clínica com 61% de respostas positivas, isto talvez se deva ao facto de haver uma grande diferença entre contextos. Na Clínica de hemodiálise as transferências de serviço não são frequentes, já que os doentes apenas recorrem a outros serviços pontualmente. Na Clínica as mudanças de turno também são definidas pela alternância de doentes, logo apesar dos profissionais serem os mesmos os doentes só fazem um turno (um tratamento), pelo que a questão da perda de informação dos doentes não se constata. O que pode estar expresso nos valores percentuais de respostas neutras em todas as questões: A25r – 20%, A27r – 19%, A29r – 23% e A33r – 15%. Para melhorar a efetividade do trabalho entre unidades, seria vantajoso estabelecer normas que garantam a segurança na continuidade de cuidados, nomeadamente procedimentos a seguir na transferência de doentes entre unidades.

A dimensão “profissionais” de uma forma transversal tem uma percentagem positiva baixa, e na Clínica de hemodiálise não é exceção (55%), contudo este valor é dos mais elevados comparativamente aos identificados noutros estudos: 26% (2015), 35% (2014), 45% (2013), 56% (2012) e, por último, está em consonância (54%) com o estudo mais recente da AHRQ em 2016. Apesar de 82% dos colaboradores considerarem que existem meios humanos para corresponder ao exigido (A2), 47% refere que estes trabalham mais horas do que o desejável na prestação de cuidados (A5), e ainda 46% afirma que se trabalha em “modo crise” tentando fazer mais trabalho, mais depressa (A14), porém 21% das respostas dadas são neutras. Simultaneamente 45% são da opinião de que existem mais trabalhadores temporários do que o desejável (A7) e ainda 22% dos colaboradores aponta para respostas neutras nesta questão. No que toca à questão A5, existe a maior taxa de respostas neutras – 28%, que pode transparecer alguma dificuldade ou incerteza em responder o que pensam.

Como dimensão a necessitar de intervenção está também a “perceções sobre a SD”, com 72%, que acaba por ser o valor mais elevado comparativamente a outros

estudos, já que esta dimensão apresenta uma média de valores percentuais que oscila entre os 53% (Portugal) e os 66% (EUA). Apesar destes valores as taxas de respostas neutras variam nesta dimensão entre os 11% (A18 e A15) e os 18% (A17r). O que permite concluir que os colaboradores ou não têm uma opinião formada ou não querem manifestar a sua opinião.

Sob o ponto de vista organizacional, as soluções terão de ser globais para a segurança do doente, com todos os níveis de *staff* envolvidos, através de soluções fluindo de baixo para cima e de cima para abaixo (*down-top* e *top-down*), com recursos especificamente alocados a estas tarefas e com processos de reporte e de feedback permanentes (Carneiro, 2010).

Desenvolver e implementar práticas de cuidados seguros é uma tarefa complexa e cheia de incertezas. Não chega melhorar as tecnologias da informação é necessário criar grupos de trabalho coesos e disciplinados, compostos por profissionais competentes e dedicados, seguindo procedimentos e manuais de boas práticas, que assegurem os melhores resultados possíveis.

A dimensão “frequência e notificação de eventos”, com 58% de respostas positivas, necessita de intervenção. O que pode sugerir que apesar de os erros acontecerem, podem não estar a ser notificados já que, como foi anteriormente referido na apresentação dos resultados, quase somente os enfermeiros referem que reportam os erros e no total de colaboradores a maioria (54%) não reportou nenhum erro nos últimos 12 meses. No contexto hospitalar verificou-se que esta dimensão foi considerada crítica (2015 em Portugal) e no geral, a análise da AHRQ sobre os dados obtidos em 2016 é semelhante aos identificados na Clínica de hemodiálise, com uma percentagem de 67% de respostas positivas. Num estudo de 2011, 70% dos colaboradores indicaram que os erros nunca ocorreram ou raramente ocorreram nos últimos 3 meses. A maioria dos profissionais relatou uma probabilidade "muito baixa" de que um erro médico prejudicial para um doente ocorra no seu local de trabalho (Rockville, 2007). Estas descobertas contrastam com a análise da Pennsylvania Patient Safety Authority's sobre os eventos por pontuação de danos (que avalia a frequência com que o evento afetou o doente e o risco de danos para o doente), que demonstrou que 5,5% dos eventos que afetaram os doentes em diálise resultaram em danos (The Pennsylvania Patient Safety Authority, 2010).



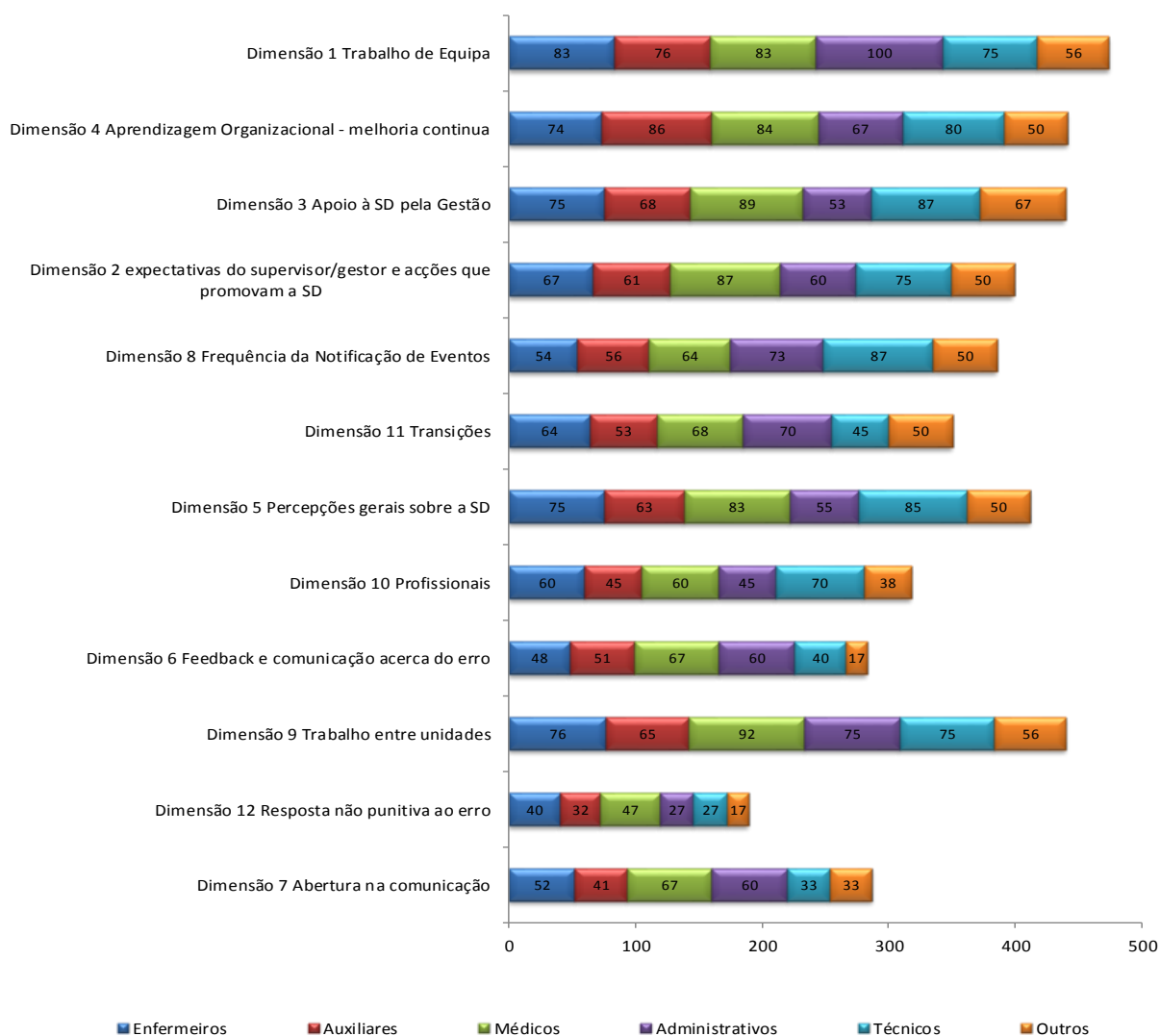
Quanto ao número de eventos e ocorrências notificadas, quase 54% dos colaboradores refere não o ter feito nos últimos 12 meses e apenas 7,4% dos inquiridos relatou entre 11 e 20 eventos no último ano. Um dos mais importantes aspetos do erro é de facto, aprender com as suas trajetórias o que traduz uma maior segurança. Os eventos só serão conhecidos por notificação, que pode ser imposta ou voluntária, podendo esta última ser ainda anónima ou identificada. A notificação imposta quando identificado o profissional interveniente conduzirá a repetidos “ciclos de medo”, com fugas de informação preciosa e menor revelação de futuros erros. A notificação voluntária acontece numa cultura que promove o relato, não punitiva e de aprendizagem com o erro. Aprender com o erro só pode acontecer se ele for conhecido e forem criadas condições para o desbridar abertamente e sem medo.

Por último, analisando as 12 dimensões distribuídas por categorias profissionais constata-se que as perceções são diferentes de profissão para profissão talvez porque o contato com o doente e os níveis de exigência destes profissionais também seja distinto, como se constata no gráfico 34 seguinte. Contudo, os médicos apresentam as maiores taxas de concordância em quase todas as dimensões (com valores acima de 83%), com exceção da dimensão “resposta não punitiva ao erro” (47% de respostas positivas).

Os enfermeiros têm um peso de respostas positivas acima de 75% nas dimensões “trabalho de equipa” (83%); na dimensão “apoio à SD pela gestão” (75%); ainda na “perceção geral sobre SD” (75%) e no “trabalho entre unidades” (78%), dimensões estas que são também as consideradas fortes neste estudo. O mesmo só se verifica na categoria profissional auxiliares na dimensão “trabalho de equipa” (76%) e aprendizagem organizacional – melhoria contínua” (86%), que é a dimensão com maior valor percentual desta profissão. A dimensão com valores igualmente baixos de respostas positivas em todas as categorias profissionais é a “abertura na comunicação” e “resposta não punitiva ao erro”, com valores que oscilam entre os 33 e os 67% na primeira e entre 17 e 47% na segunda, respetivamente.

**Gráfico 34 – Percentagem de respostas positivas das 12 dimensões distribuídas por categoria profissional**

**Percentagem de Respostas Positivas das 12 Dimensões por Categoria Profissional**



Globalmente constata-se, ainda, que os médicos e os administrativos são as categorias que aparentam uma melhor perceção relativa à cultura de segurança o que seria de validar em estudos posteriores que tenham em atenção a influência de outras variáveis como a liderança das chefias diretas e a abordagem que as mesmas fazem aos erros.

## 4. CONCLUSÕES

A evolução científica e tecnológica, na área da saúde, tem vindo a acentuar a vertente de risco que esteve, desde sempre, associada à prática de cuidados, tornando-se fundamental promover uma cultura de segurança nos serviços, que assegure a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

O processo de melhoria contínua implica um envolvimento de todos os que constituem uma organização, sendo vital um esforço conjunto para o desenvolvimento de uma cultura de segurança e de aprendizagem com o erro (Marinho, et al., 2013).

Neste contexto, a condição essencial para melhorar a segurança do doente é a vontade de melhorar as estruturas e processos, especialmente por parte dos gestores/líderes e dos profissionais de saúde que cuidam do doente. Subentende-se, assim, que a ideia de segurança do doente não é mais do que a segurança de todos.

Todos os sistemas com interferência humana estão sujeitos a eventos adversos tendo como responsáveis em 60% dos casos atividades desenvolvidas por humanos e em cerca de 40% dos casos mecanismos de base organizacional (Fragata, 2006).

É fundamental que a análise de causas não esteja centrada no profissional que erra mas sim no mecanismo dos erros, de modo a identificar os fatores contributivos e falhas suscetíveis de melhoria. Num sistema de saúde que se pretende centrado no doente, a notificação de incidentes é imperativa. A monitorização sistemática do erro e das barreiras que protegem os doentes é o pilar de qualquer sistema de saúde que se pretende seguro (Lage, 2010).

Organizações seguras antecipam eventos "*what-if*" e evitam associar os eventos adversos ao fracasso de um indivíduo. Contudo a cultura de segurança, sem o comportamento de "culpa", não evita a responsabilidade individual por cuidados competentes e adequados. Se um profissional de diálise negligenciar seguir um processo ou procedimento estabelecido ou comportar-se de forma que põe em perigo os doentes, pode ser necessária uma correção e ação disciplinar, pelos seus pares e ou superiores (Garrrick, et al., 2012).

Uma cultura de segurança é uma cultura informada, em que as pessoas que gerem e operam o sistema possuem conhecimento profundo sobre os fatores

humanos, técnicos, organizacionais e da envolvente, que determinam a segurança do sistema como um todo. As organizações de saúde devem promover uma cultura de risco e de segurança, que passa por aceitar que os acidentes acontecem e são o resultado de trajetórias complexas de erros ou de falhas maioritariamente evitáveis e não, o resultado do acaso.

Os erros humanos não se podem evitar em absoluto, mas as práticas individuais seguras, um correto desenho dos sistemas, e toda uma cultura de risco, vigilância e adaptação podem reduzir em larga escala os acidentes e sobretudo minimizar as suas causas (Reason, 1997). Assim, avaliar a cultura de segurança segundo a perspetiva daqueles que trabalham nas organizações de saúde é uma estratégia válida e pertinente para se iniciar o trabalho no domínio da segurança em saúde.

Tendo em conta os objetivos propostos é possível traçar as seguintes conclusões com os resultados obtidos:

1. **Conhecer qual a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança presente numa Clínica de hemodiálise** - O grau de segurança do doente na organização foi considerado por 54% dos colaboradores como “muito bom”, seguindo-se de 25% que o consideram “aceitável” e os restantes 21% consideram “excelente” o grau de segurança do doente na Clínica em estudo. Pelo que se pode concluir que a grande maioria dos profissionais desta Clínica tem uma perceção positiva relativamente à sua cultura de segurança. Comparativamente com outros estudos podemos ainda concluir que os valores encontrados se situam nos mais elevados o que é de manter e reforçar.
2. **Identificar quais as áreas onde se pode melhorar a cultura de segurança dessa mesma Clínica** - Dos resultados obtidos evidencia-se que o “trabalho em equipa” (81%) é a dimensão mais forte da Clínica de hemodiálise. Dimensões com avaliação positiva são ainda a “aprendizagem organizacional - melhoria contínua” (77%), “apoio à

segurança do doente pela gestão” (75%) e “trabalho entre unidade” (75%). As dimensões com necessidade de melhoria são: "profissionais" (55%); "Frequência de notificação de erro" (58%); "Percepções gerais sobre a segurança do doente" (72%); "Transições" (61%) e "expectativas e ações do supervisor / gestor que promovam a segurança do doente" (67%). A dimensão mais problemática/crítica encontrada no contexto estudado é “resposta não punitiva ao erro” (37%), o que também vai ao encontro do resultado de outros estudos. Conclui-se, pois, que à semelhança de outros estudos, este vem reforçar a ideia de que a avaliação da cultura de segurança do doente pode ser uma boa estratégia para ajudar as organizações a alcançar melhorias dentro da sua agenda de governação clínica. Assim, tendo em conta que as dimensões fortes identificadas evidenciam a capacidade da organização e das equipas, é necessário utilizá-las para melhorar as áreas com necessidade de intervenção.

- 3. Comparar a percepção das diferentes categorias profissionais sobre a cultura de segurança presente na Clínica de hemodiálise -**
- Analisando por categoria profissional as 12 dimensões constata-se que os enfermeiros têm um peso de respostas positivas acima de 75% nas dimensões “trabalho de equipa” (83%); na dimensão “apoio à SD pela gestão” (75%); ainda na “percepção geral sobre SD” (75%) e no “trabalho entre unidades” (78%), dimensões estas que são também as consideradas fortes neste estudo. O mesmo só se verifica na categoria profissional auxiliares na dimensão “trabalho de equipa” (76%) e aprendizagem organizacional – melhoria contínua” (86%), que é a dimensão com maior valor percentual desta profissão. Já a categoria dos médicos tem a percentagem de respostas mais positivas na maioria das dimensões, com valores percentuais acima dos 83%. Contudo nas dimensões “frequência de notificação de eventos” apresenta 64% de respostas positivas; na dimensão “transições” apresenta um valor de 68%; na dimensão “profissionais” detém um

valor percentual de 60%; ainda na dimensão “feedback e comunicação do erro” apresenta uma percentagem de 67% e por último a percentagem mais baixa da categoria é na dimensão “resposta não punitiva ao erro” com 47%. A dimensão com valores igualmente baixos de respostas positivas em todas as categorias profissionais é a “abertura na comunicação” e “resposta não punitiva ao erro”, com valores que oscilam entre os 33 e os 67% na primeira e entre 17 e 47% na segunda, respetivamente. Desta forma, conclui-se serem as perceções diferentes de profissão para profissão talvez porque o contato com o doente e os níveis de exigência destes profissionais também seja distinto.

Uma das limitações detetadas neste estudo é a elevada taxa de respostas neutras na maioria das questões, o que acaba por não ser favorável a uma análise mais objetiva das respostas. Esta taxa elevada acaba por dar a entender que ou os colaboradores não têm uma opinião formada sobre a pergunta ou têm receio de responder o que pensam, por eventual receio em serem identificados e penalizados o que de alguma forma vem no sentido da cultura punitiva identificada.

Os resultados obtidos podem servir para a melhoria da CSD na Clínica, atendendo à necessidade de formação na área da segurança e da notificação proativa dos eventos adversos. A positividade da avaliação da dimensão “trabalho de equipa” e “aprendizagem organizacional/melhoria contínua” é um bom indicador da capacidade da instituição e das equipas com a finalidade de desenvolverem estratégias para alcançar melhores resultados. A comunicação dentro da equipa é fundamental para criar um clima de confiança, que motive os profissionais a partilhar o erro e a encontrar modos de ultrapassar as dificuldades e receios.

A CSD pode ser melhorada através da formação de todos os profissionais sobre a aplicação informática de notificação de ocorrências/eventos. A divulgação das melhorias implementadas a partir de notificações efetuadas no sistema, assim como a discussão das situações e a participação dos profissionais na identificação de soluções para os problemas identificados.

Para terminar releva-se o papel que poderão ter as chefias/gestores, nomeadamente, os de enfermagem neste âmbito. Nas organizações de saúde, a liderança apresenta um papel fundamental e estilos particulares de liderança estão associados a melhores comportamentos de segurança por parte dos colaboradores. Na enfermagem este fenómeno não é diferente. O enfermeiro gestor tem um papel fundamental na promoção dos cuidados prestados aos doentes, pela sua capacidade de liderar a equipa de profissionais, motivando os profissionais através da promoção de um ambiente justo, com os canais de comunicação abertos, com o incentivo ao feedback e notificação de erros, no sentido de desenvolver e melhorar as estratégias existentes, promovendo assim uma cultura de segurança do doente atual e centrada nos cuidados.

No campo da investigação, talvez seja importante ponderar sobre a necessidade de desenvolver estudos qualitativos sobre a cultura do erro nos cuidados de saúde, de forma a compreender os fenómenos que se relacionam com a avaliação da dimensão “resposta não punitiva ao erro”. Por outro lado seria interessante comparar a cultura de segurança entre as Clínicas de hemodiálise para poder no futuro implementar normas que visem dar resposta às metas internacionais para a segurança do doente.

Como sugestão para dar continuidade a este estudo, poder-se-á alargar a pesquisa para as restantes Clínicas de hemodiálise e comparar os resultados, aproveitando as forças das dimensões positivas em prol da intervenção nas dimensões críticas. Os resultados obtidos podem possibilitar a implementação de estratégias de melhoria, sendo este um passo importante na promoção da cultura de segurança do doente nesta Clínica de hemodiálise. Para além disso poderão servir de ponto de partida para a realização de outros estudos que permitam comparar resultados entre Clínicas, aliando os pontos fortes e fracos identificados para implementar medidas de melhoria na segurança dos doentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboul-Fotouh, A., Ismail, N., Ez Elarab, H. e Wassif, G. (2012). *Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt*. Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 18 No. 4 .
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). *Hospital survey on patient safety culture user guide*. Maryland: Rockville.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). *Patient Safety Primers, Safety Culture*. consultado a 24-06-2014: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>.
- Aiken, L. H. et al. (2012). *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. BMJ: British Medical Journal, v. 344, p. e1717. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>. Acedido a: 2017-10-28
- Axley, B., Speranza-Reid, J., & Williams, H. (2012). Venous needle dislodgement in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 39 (6), 435-445.
- Blouin, A. (2011). Improving Hand-Off Communications: New Solutions for Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*: April/June 2011 - Volume 26 - Issue 2 - p 97–100 doi: 10.1097/NCQ.0b013e31820d4f57
- Bodur, S.; Filiz, E. (2010). *Validity and reliability of Turkish of 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' and perception of patient safety in public hospitals in Turkey*. BMC Health Services Research. 10(28), 1-9.
- Bohne, P. e Peruzzi, W. (2010). *A Just Culture Supports Patient Safety*. *Trustee*, pág. 32-33.
- Brown, D., & McCormack, B. (2011). *Developing the practice context to enable more effective pain management with older people: An action research approach*. *Implementation Science*, 6 (9), 1-14.
- Carneiro, A. V., (2010). *O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 10, pp. 3-10.
- Chen, I.-C.; Li, H. (2010). *Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. BMC Health Services Research. 10 (152), 1-10.
- Clark, C. (2013). *Q&A: Lucien Leape wants tougher patient safety regs*. *HealthLeaders Media*. consultado a 24-06-2014: <http://www.healthleadersmedia.com/content/QUA-290634/QA-Lucien-Leape-Wants-Tougher-Patient-Safety-Regs###>.
- Costa, M. (2014). *Cultura de Segurança do doente num hospital da Região Centro, Percepção dos Profissionais*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra.



- Cummings G., L. Hayduk, C. A. Estabrooks (2005), *"Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership"*, Nursing Research, Vol. 54, Nº 4, pp. 1-11.
- Davis, K.K., Harris, K.G., Mahishi, V., Bartholomew, E.G., & Kenward, K. (2016) *Perceptions of Culture of Safety in Hemodialysis Centers*. Nephrology Nursing Journal. 43(2), 119-126, 182.
- Decreto Lei nº 28 de 10 de Fevereiro do Plano Nacional para a Segurança dos doentes. 2015-2020. Diário da República: 2ª série, 2015.
- Decreto Lei nº 48 de 10 de Março da Matriz de Reconhecimento da área de Competências Acrescidas. Diário da República: 2ª série, 2015.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge : Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering Study, ISBN 0-911379-01-0.
- Dewar, B., & Mackay, R. (2010). *Appreciating and developing compassionate care in an acute hospital setting caring for older people*. International Journal of Older People Nursing 5, 299–308.
- Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa Amostra de Hospitais Portugueses. Resultados do Estudo Piloto*. DGS, Lisboa.
- DGS. (2014). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013.aspx>.
- DGS. (2015) *Relatório Segurança dos Doentes*. Avaliação da Cultura nos Hospitais. Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/seguranca-dos-doentes/cultura-de-seguranca.aspx>
- Diniz, A., Escoval, A., Costa, A. C., Eiras, M., Fernandes, A., Bruno, P., & Gaspar, M. J. (2011). *Estudo Piloto da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa Amostra de Hospitais Portugueses*. Direção-Geral da Saúde, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Departamento da Qualidade na Saúde.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Michigan Health Administration Press. Michigan. Vol. 1
- Donaldson, L. & Philip, P. (2004). Patient safety : a global priority. Bulletin of WHO 82 (12), disponível em <http://www.who.int/iris/handle/10665/73075>
- El-Jardali, F.; Jaafar, M.; Dimassi, H.; Jamal, D.; Hamdan, R. (2010) *The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline*. International Journal for Quality in Health Care. 22 (5), 386-395.
- El-Jardali, F. et al. (2011). *Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals*. BMC Health Services Research, 11:45.

- El-Jardali, F., Sheikh, F., Garcia, N., Jamal, D., Abdo' A., (2014). *Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement*. BMC Health Serv Res. 14, 122.
- Famolaro T, Yount N, Burns W, et al., (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report*. Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ. 16, 21.
- Feng, X., Acord, L., Chengy, Y., Zeng, J. & Song, J. (2011). *The relationship between management safety commitment and patient safety culture*. International Nursing Review 58, 249–254.
- Feng, X., Bobay, K. e Weiss, M. (2008). *Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis*. JAN THEORETICAL PAPER, pp. 310-319.
- Fernandes, A. e Queirós, P. (2011). *Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses*. Revista de Enfermagem Referência III Série - nº 4 - Jul., pp.37-48.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Lusodidacta.
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem prática*. Lousã: Lidel.
- Frederico, M., Leitão, M., (1999) *Princípios de administração para enfermeiros*. (pp. 177-184). Coimbra: Editora Formasau.
- Garrick R, Kliger A, Stefanchik B Clin J (2012). *Patient and facility safety in hemodialysis: opportunities and strategies to develop a culture of safety*. American Society Nephrology. 7(4), 680-8.
- Guerra, N. (2016) *Competências do Enfermeiro Gestor têm de ser reconhecidas*, Jornal do Enfermeiro, Primeira Edição, 4-6.
- Haycock-Stuart, E., & Kean, S. (2012). *Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting?* Journal of Nursing Management, 20, pp. 372–381.
- Health and Safety Commission. (1993). *Third Report: Organizing for Safety*. HMSO, London: ACSNI Study Group on Human Factors.
- Hospital Survey on Patient Safety Culture*. (2012). Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>
- Institute of Medicine (1990). *A Strategy for Quality Assurance*, National Academy of Sciences, ISBN 0-309-59339-5.
- Institute of Medicine. (1999). *To Err is Human: building a safer health system*. Washington D.C.: National Academy Press.

- Ito, S. et al. . (2011). *Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan*. *BMC Health Services Research*, 11:28.
- Jacobs, L., Burns, K., Cox-Chapman, J. e Kelly, K. (2012). Creating a Culture of Patient Safety in a Primary-Care Physician Group. In H. Herndon, *The business case for patient safety* (p. Vol. 76 N.5). Connecticut Medicine.
- Kliger, A., (2006). *Patient Safety in Dialysis Facility*. *Blood Purification*, 24, 19-21
- Kliger, A. (2015). *Maintaining Safety in the Dialysis Facility*. *Clinical Journal American Society of Nephrology*. 10 (4): 688–695.
- Lage, M. J., (2010). *Segurança do doente: da teoria à prática*. [Online] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2>
- Leape, L. (2001). *Foreword: Preventing medical accidents: Is 'systems analysis' the answer?* *American Journal of Law and Medicine*, 27(2-3), 145-148.
- Lee, W.C. et al. (2010). *Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire*. *BMC Health Services Research*. 10 (234) 1-8.
- Leonard, M., Graham, S., Bonacum, D. (2004). *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. *Quality Safety Health Care* 13(1), 85–90.
- Madeira, A. (2012). *A Cultura de Segurança no Bloco Operatório: Como cuidamos da Segurança dos Doentes*. Projeto de Mestrado de Gestão em Serviços de Saúde: Instituto Universitário de Lisboa .
- Marinho, A., Barata, F., Bordalo, I., Tavares, L., Trindade, L., Lage, M., Ramos, S. (2013). *Formação em Gestão de Risco e Segurança do doente*. 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente, 47-50.
- Marquis BL, Huston CJ. (2012) *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application* . Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Maynard MT, Marshall D, Dean MD: (2015). *Crew resource management and teamwork training in health care: A review of the literature and recommendations for how to leverage such interventions to enhance patient safety*. *Adv Health Care Manag* 13: 59–91, 2012 [PubMed] in Kliger, A. (2015) *Maintaining Safety in the Dialysis Facility*. *Clin. J. Am Nephrology*, 10 (4): 688-695
- McCance, T., Gribben, B., McCormack, B., & Mitchell, E. (2010). *Improving the patient experience by exploring person-centred care in practice. Final Programme Report*. . Belfast, Northern Ireland: Belfast Health and Social Care Trust.
- McCormack, B. e McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.

- McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T. (2011). *Developing Person-Centred Care: Addressing Contextual Challenges Through Practice Development. The Online Journal of Issues in Nursing*.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Miranda, S. e Esquire, G. (2013). *Creating a Just Culture: Recalibrating our Culture of Patient Safety*. Pennsylvania Nurse, pág. 4-10.
- Nie, Y.; Mao, X.; Cui, H.; He, S.; Li, J.; Zhang, M. (2013). *Hospital survey on patient safety culture in China*. Health Services Research. 13 (228) 1-11.
- Pennsylvania Patient Safety Advisory. (2010). Hemodialysis administration: *Strategies to ensure safe patient care*. Patient Saf. Advis. 7: 87–96, Disponível em: [http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2010/Sep7\(3\)/Pages/87.aspx](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2010/Sep7(3)/Pages/87.aspx). Acedido em Setembro 2014
- Pisco, L.; Biscaia, J. L., (2001). *Qualidade de cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Volume Temático : 2 . 43-51.
- Pais-Ribeiro (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, PT: Placebo, Editora Lda. ISBN 978 989-8463-01-2
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Lisboa: Legis Editora/Livpsic.
- Rockville, MD. (2007) *Report on the findings from the ESRD professional survey*. Renal Physicians Association Disponível em: [http://www.kidneypatientsafety.org/uploadedFiles/HSSProfessionalSurveyReport\\_FNL\\_3-21-07.pdf](http://www.kidneypatientsafety.org/uploadedFiles/HSSProfessionalSurveyReport_FNL_3-21-07.pdf)
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., Lackan, N. (2010). *What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature*. Journal of Nursing Scholarship,, pág. 156-165.
- Sammer, C.; Lykens, K.; Singh, K.; Mains, D.; Lackan, N. (2010). *What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature*. Journal of Nursing Scholarship, 42:2, 156.
- Sanders, J. & Cook, G. (2007). *ABC of Patient Safety* . Oxford: Blackwell.
- Santos, J. L., Lima, M. A., Pestana, A. L., Garlet, E. R., & L., E. A. (2013). *Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros*. Acta Paul Enferm, 26(2), pp. 136-143.
- Serranheira, F. et al. (2007). *Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda*. SPMT, pág. 5-29.
- Severo, E. et al. *Educação em Saúde frente à segurança do paciente: a epistemologia do Gerenciamento de Risco*. In: *II Congresso Internacional de Educação de Ponta Grossa*, Paraná, Brasil, 2010. Disponível em: [www.isapg.com.br/2010/ciepg/download.php?id=156](http://www.isapg.com.br/2010/ciepg/download.php?id=156). Acedido a 22 Out. 2017

- Silva, L. (2012). *Segurança do Paciente no contexto Hospitalar*. Rio de Janeiro: Rev. enferm. UERJ.
- Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal G, Groenewegen PP. (2008). *The psychometric properties of the "Hospital Survey of Patient Safety Culture" in Dutch hospitals*. *BMC Health Services Research*, acessado a 16-07-2014 em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/230>.
- Sorra, J. et al., 2012. *Hospital Survey on Patient Safety Culture:2012 User Comparative Database Report*. [Online] Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospsurv121.pdf>
- Sorra, J. & Nieva, S., 2004. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, AHRQ Publication No. 04-0041. [Online] Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Sousa, P., Serranheira, F. e Sousa-Uva, A. (2013). *Proceedings: 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).
- The Joint Commission. *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: a Roadmap for Hospitals*. Oak Brook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/Advancing\\_Effective\\_Communication/](http://www.jointcommission.org/Advancing_Effective_Communication/)
- Tregunno D., L. Jeffs, L. M. Hall, R. Baker, D. Doran e S. B. Bassett (2009), "*On the ball: leadership for patient safety and learning in critical care*". *Journal Nursing Administration*, Vol. 39, Nº 7-8, pp. 334-339.
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety*. Oxford: Second edition. Wiley-Blackwell.
- Wachter, R. *Compreendendo a Segurança do Paciente*. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p.
- Weick K, Sutcliffe K: Managing the Unexpected. *Resilient Performance in the Age of Uncertainty*, 2nd Ed., San Francisco, John Wiley & Sons, Inc., 2007 in Kliger, A.: *Maintaining Safety in the Dialysis Facility*. *Clin. J. Am Nephrology*, 10 (4): 688-695, Apr 7, 2015
- Wilson V., McCormack B. & Ives G. (2005). *Understanding the Workplace Culture of a Special Care Nursery*. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (1), 27-38.
- Wong C., A. Cummings (2007), "*The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review*", *Journal Nursing Management*, Vol. 15, Nº 5, pp. 508-521.
- World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009. (2010). *World Health Organization*. Geneva (Swi).
- World Health Organization. (2008). *World Alliance for Patient Safety: Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva, Switzerland.

Wyman, B. (2013). *A Culture of Patient Safety in Military Medicine*. Military Medicine, Vol. 178, pág. 825-826.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Perfil-competencias-Enfermeiro-Gestor-reconhecimento-competencias-acrescidas-Diario-Republica.aspx> Acedido a 2017-07-09

<https://proqualis.net/cartaz/questionario-sobre-seguranca-do-paciente-em-hospitais-hsopsc>  
Acedido a 26-08-17

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada>  
Acedido a 2017-06-19

**ANEXO I**  
**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

## Questionário sobre a Segurança do doente numa Clínica de Hemodiálise

Se uma questão não se aplica à sua função ou se não souber a resposta, por favor assinale no quadrado da última coluna. Se optar por não responder à questão, pode deixar em branco.

A. Considerando a sua opinião, assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Discordo totalmente	Discordo	ão concordo/nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sabe/Não se aplica

**“Declara que autoriza o tratamento dos dados recolhidos, de forma absolutamente confidencial e anónima a nível individual e da organização?”**

☐ **Sim**

☐ **Não**

1. Nesta Clínica os profissionais entreajudam-se.	12	3	4	5	6
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido.	12	3	4	5	6
3. Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer.	12	3	4	5	6
4. Nesta Clínica as pessoas tratam-se com respeito.	12	3	4	5	6
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados.	12	3	4	5	6
6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente.	12	3	4	5	6
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável.	12	3	4	5	6
8. Os profissionais sentem que os erros são utilizados contra eles.	12	3	4	5	6
9. Aqui, os erros conduzem as mudanças positivas.	12	3	4	5	6
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço.	12	3	4	5	6
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio.	12	3	4	5	6
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.	12	3	4	5	6
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente.	12	3	4	5	6
14. Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa.	12	3	4	5	6
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho.	12	3	4	5	6
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.	12	3	4	5	6
17. Nesta Clínica temos problemas com a segurança do doente.	12	3	4	5	6
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer.	12	3	4	5	6
19. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos.	12	3	4	5	6



20. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.	12	3	4	5	6
21. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que signifique usar atalhos.	12	3	4	5	6
22. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente.	12	3	4	5	6
23. A Direção Clínica preocupa-se com um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente.	12	3	4	5	6
24. Os Serviços da Clínica coordenam-se bem uns com os outros.	12	3	4	5	6
25. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço	12	3	4	5	6

para outro.					
26. Existe boa colaboração entre os Serviços que necessitam de trabalhar conjuntamente.	12	3	4	5	6
27. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno.	12	3	4	5	6
28. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços da Clínica.	12	3	4	5	6
29. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços.	12	3	4	5	6
30. As ações da Direção Clínica mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.	12	3	4	5	6
31. A Direção Clínica parece interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade.	12	3	4	5	6
32. Os serviços funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente.	12	3	4	5	6
33. As mudanças de turno são problemáticas para o doente.	12	3	4	5	6

B. Considerando a sua opinião, assinale com uma cruz (X) o grau de frequência que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Indeciso	Muitas vezes	Sempre	Não sabe/Não se aplica

1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências.	12	3	4	5	6
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente.	12	3	4	5	6
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço.	12	3	4	5	6
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos.	12	3	4	5	6
5. Nesta Clínica discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a acontecer.	12	3	4	5	6
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.	12	3	4	5	6

7. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	1	2	3	4	5	6
8. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	1	2	3	4	5	6
9. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	1	2	3	4	5	6

C. Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou?

- Nenhum
- 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências
- 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências
- 6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências
- 11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências
- 21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências

D. Por favor, atribua a este Serviço uma avaliação global quanto à segurança do doente.

Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
1	2	3	4	5

### **E – Caracterização Geral**

1. **Género:** Feminino Masculino

2. **Idade:**

- ☐ < 30 anos ☐ 30 a 34 anos ☐ 35 a 39 anos ☐ 40 a 44 anos  
☐ > 45 anos

3. **Profissão:**

- ☐ Técnico  
☐ Enfermeiro  
☐ Médico  
☐ Administrativo  
☐ Outro.

4. **Experiência no serviço/unidade**

- ☐ < 6 meses ☐ 6 a 11 meses ☐ 1 a 2 anos ☐ 3 a 7 anos  
☐ 8 a 12 anos ☐ 13 a 20 anos ☐ 21 ou mais anos

### **5. Experiência na Organização**

☐ < 6 meses   ☐ 6 a 11 meses   ☐ 1 a 2 anos   ☐ 3 a 7 anos

☐ 8 a 12 anos   ☐ 13 a 20 anos   ☐ 21 ou mais anos

7. Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente:

## **ANEXO II**

### **DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE**

## **Dimensões da cultura de segurança do doente**

1. Trabalho em equipa
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente
3. Apoio à segurança do doente pela gestão
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente
6. Feedback e comunicação acerca do erro
7. Abertura na comunicação
8. Frequência da notificação de eventos
9. Trabalho entre as unidades
10. Profissionais
11. Transições
12. Resposta ao erro não punitiva.

Adaptado de: Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011), Sorra & Nieva (2004).

### **ANEXO III**

## **PEDIDO DE DIVULGAÇÃO INTERNA DO QUESTIONÁRIO NA CLÍNICA DE HEMODIÁLISE**

# PEDIDO DE DIVULGAÇÃO INTERNA DO QUESTIONÁRIO NA CLÍNICA DE HEMODIÁLISE

Save our resources. Print this email only if necessary.

----- Forwarded -----

From: [REDACTED]  
To: [REDACTED]  
Cc: [REDACTED]  
Date: 21-07-2017 08:39  
Subject: Fw: Pedido de autorização para aplicação de questionários na Nephrocare Lumiar

---

Bom dia [REDACTED]  
Informo que o departamento informático concluiu o desenvolvimento do questionário na plataforma [REDACTED] assim, a Ent<sup>de</sup> Ana Grilo irá iniciar a aplicação do mesmo aos colaboradores.  
Desde já agradeço o seu apoio na divulgação do referido questionário.  
Obrigado.  
BFS  
Um abraço,  
[REDACTED]

[REDACTED] Operations Manager  
General Management - [REDACTED]  
[REDACTED] Portugal

I  
T  
F  
M

[http://www.\[REDACTED\].pt](http://www.[REDACTED].pt)

## **APÊNDICE I**

### **QUADROS DAS DIMENSÕES DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**



## Quadros das Dimensões do Instrumento de Colheita de Dados

### Dimensão1 - Trabalho de Equipa

	Pergunta	% Respostas Positivas	% Média respostas positivas
A1	A1 - Na sua clínica de hemodiálise os profissionais entreadjudam-se	90,74%	
A3	A3 - Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	87,04%	
A4	A4 - Nesta clínica de hemodiálise as pessoas tratam-se com respeito	79,63%	
A11	A11 - Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	65,74%	
	<b>Média Total</b>	<b>FORTE</b>	<b>80,79%</b>

### Dimensão 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD

	Pergunta	% Respostas Positivas	% Média respostas positivas
A19	A19 - O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	68,52%	
A20	A20 - O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	62,96%	
A21	A21r - Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	61,11%	
A22	A22r - O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	76,85%	
	<b>Média Total</b>	<b>NECESSITA INTERVENÇÃO</b>	<b>67,36%</b>

### Dimensão 3 - Apoio à SD pela Gestão

	Pergunta	% Respostas Positivas	% Media respostas positivas
A23	A23 - A direção clínica proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	88,89%	
A30	A30 - As ações da Direção Clínica mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	77,78%	
A31	A31r - A direção clínica parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	57,41%	
	<b>Média Total</b>	<b>FORTE</b>	<b>74,69%</b>

**Dimensão 4 - Aprendizagem Organizacional - melhoria contínua**

	<b>Pergunta</b>	<b>% Respostas Positivas</b>	<b>% Média respostas positivas</b>
A6	A6 - Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	79,63%	
A9	A9 - Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	70,37%	
A13	A13 - Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	81,48%	
	<b>Média Total</b>	<b>FORTE</b>	<b>77,16%</b>

**Dimensão 5 - Percepções gerais sobre a SD**

	<b>Pergunta</b>	<b>% Respostas Positivas</b>	<b>% Média respostas positivas</b>
A10	A10r - É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem nesta clínica de hemodiálise	65,74%	
A15	A15 - Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	71,30%	
A17	A17r - Nesta clínica de hemodiálise temos problemas com a segurança do doente	70,37%	
A18	A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	80,56%	
	<b>Média Total</b>	<b>NECESSITA INTERVENÇÃO</b>	<b>71,99%</b>

**Dimensão 6 - Feedback e comunicação acerca do erro**

	<b>Pergunta</b>	<b>% Respostas Positivas</b>	<b>% Média respostas positivas</b>
B1	B1 - É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	62,96%	
B3	B3 - Somos informados acerca de erros que aconteçam nesta clínica de hemodiálise	41,67%	
B5	B5 - Nesta clínica de hemodiálise discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	46,30%	
	<b>Média Total</b>	<b>CRÍTICA</b>	<b>50,31%</b>

**Dimensão 7 - Abertura na comunicação**

	Pergunta	% Respostas Positivas	% Média respostas positivas
B2	B2 - Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	63,89%	
B4	B4 - Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	39,81%	
B6	B6r - Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	47,22%	
	<b>Média Total</b>	<b>CRÍTICA</b>	<b>50,31%</b>

**Dimensão 8 - Frequência da Notificação de Eventos**

	Pergunta	% Respostas Positivas	% Média respostas positivas
B7	B7 - Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	55,56%	
B8	B8 - Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	55,56%	
B9	B9 - Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	63,89%	
	<b>Média Total</b>	<b>NECESSITA INTERVENÇÃO</b>	<b>58,33%</b>

**Dimensão 9 - Trabalho entre unidades**

	Pergunta	% Respostas Positivas	% Média respostas positivas
A24	A24r - Os Serviços da Clínica de hemodialise não se coordenam bem uns com os outros	56,48%	
A26	A26 - Existe boa colaboração entre os Serviços da clínica de hemodialise, que necessitam de trabalhar conjuntamente	78,70%	
A28	A28r - É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços da clínica de hemodiálise	77,78%	
A32	A32 - A clínica de hemodiálise funciona bem em conjunto para prestar os melhores cuidados ao doente	87,04%	
	<b>Média Total</b>	<b>FORTE</b>	<b>75,00%</b>

**Dimensão 10 - Profissionais**

	<b>Pergunta</b>	<b>% Respostas Positivas</b>	<b>% Média respostas positivas</b>
A2	A2 - Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	82,41%	
A5	A5 - Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	47,22%	
A7	A7r - Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	45,37%	
A14	A14r - Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	46,30%	
	<b>Média Total</b>	<b>NECESSITA INTERVENÇÃO</b>	<b>55,32%</b>

**Dimensão 11 - Transições**

	<b>Pergunta</b>	<b>% Respostas Positivas</b>	<b>% Média respostas positivas</b>
A25	A25r - A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço da clinica para outro e/ou para outra clinica	56,48%	
A27	A27r - É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	54,63%	
A29	A29r - Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços da clinica de hemodialise	63,89%	
A33	A33r - As mudanças de turno nesta clínica de hemodiálise são problemáticas para o doente	67,59%	
	<b>Média Total</b>	<b>NECESSITA INTERVENÇÃO</b>	<b>60,65%</b>

**Dimensão 12 - Resposta não punitiva ao erro**

	<b>Pergunta</b>	<b>% Respostas Positivas</b>	<b>% média respostas positivas</b>
A8	A8r - Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	50,93%	
A12	A12r - Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	42,59%	
A16	A16r - Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	17,59%	
	<b>Média Total</b>	<b>CRÍTICA</b>	<b>37,04%</b>

## **APÊNDICE II**

### **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E RESPECTIVA AUTORIZAÇÃO**

## PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Nome [REDACTED]

Morada [REDACTED]

[REDACTED]

Telm. [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

À Direção Clínica da [REDACTED]

A/C: Exmo. Sr. Dr. Diretor Clínico [REDACTED]

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe [REDACTED]

Exmo. Sr. Diretor de Enfermagem [REDACTED]

### **Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados no âmbito de estudo académico**

[REDACTED], enfermeira da [REDACTED] desde 2009, mestranda do 5º Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontra-se presentemente a desenvolver uma dissertação de mestrado sob a orientação da Sr.<sup>a</sup> Professora Teresa Santos Potra, cujo tema é "A Cultura de Segurança do doente na Clínica de Hemodiálise".

A **cultura de segurança** de uma organização é, segundo a OMS (2009), o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento, que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde. As organizações contêm, assim, ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização. (DGS, 2014)

A evidência científica e organizações como a OMS e a Comissão Europeia, têm alertado para a importância de se avaliar e monitorizar a **cultura de segurança** dos doentes, presente nas várias organizações de saúde, de forma a identificar áreas de intervenção (Diniz, et al., 2011). Desta forma, têm surgido diferentes instrumentos que pretendem medir a **cultura de segurança** do doente, entre os quais o *Hospital*

**Survey on Patient Safety Culture**, que foi traduzido e validado para a cultura portuguesa (Questionário de Avaliação da **Cultura de Segurança do Doente** nos Hospitais Portugueses) e que se pretende agora aplicar num contexto diferente - a clínica de hemodiálise. A pertinência deste trabalho está relacionada com a possibilidade de ser um ponto de partida para identificar áreas de melhoria na segurança do doente e, consequentemente, se proporem estratégias de intervenção. Pretende-se realizar um estudo quantitativo, descritivo e transversal, que responda à seguinte questão de investigação: **Qual a cultura de segurança dos doentes na clínica de hemodiálise?** e que tem como objetivos:

- ☐ Conhecer a perceção dos **profissionais de saúde** sobre a **cultura de segurança** presente em clínicas de hemodiálise;
- ☐ Comparar a perceção sobre a cultura de segurança entre as categorias profissionais
- ☐ Identificar áreas onde se pode melhorar a **cultura de segurança**.

De forma a poder realizar este trabalho, venho solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se dignem a autorizar a aplicação de questionários (questionário em anexo) a enfermeiros e médicos que exerçam funções na Clínica de [REDACTED], da Empresa [REDACTED].

O trabalho supracitado tem apenas finalidades académicas, pelo que será salvaguardada a proteção dos direitos e liberdade dos indivíduos que estejam dispostos a colaborar nesta investigação. Será garantido o anonimato e a confidencialidade, sendo que os dados de investigação não serão utilizados para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos da investigação.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.



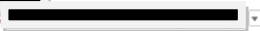
Sem outro assunto de momento, os melhores cumprimentos,

Lisboa, 1 de Abril de 2015


\_\_\_\_\_  
Ana Grilo

(Ana Luísa Mengo Corrêa Grilo)




# RESPETIVA AUTORIZAÇÃO

  @fmc-ag.com  
para: 

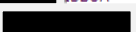


16/06/17 ☆ 



Bom dia En<sup>te</sup> Ana Grilo,  
Tendo a aprovação do DE, EC, DC, DA e administração, informo que poderá aplicar os questionários no   
Fico ao dispor.  
Com os meus cumprimentos,



  
 Operations Manager  
General Management - 

 Portugal  
 ISBOA

T   
F   
M 

 @fmc-ag.com  
.pt">http://www..pt

This e-mail message is intended solely for the use of the addressee and may contain legally privileged and confidential information. If you are not the intended recipient or his/her representative, please be advised that any dissemination, distribution, copying, or the use of this message or its attachments is strictly prohibited. If you have received this message in error, please notify the sender immediately and please delete this message and all attachments from your computer.

[Save our resources. Print this email only if necessary.](#)